This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

B 3 736 876

GIFT OF
J.C.CEBRIAN

EX LIBRIS

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PUBLISHED IN SPAIN

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LVI

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1902

UNIV. OF CALIFORNIA

R71
R4
v.56-57

Gift of J. C. Cebrian

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA LUZ ROJA EN LAS FIEBRES ERUPTIVAS

POR

D. JOSÉ MONMENEU

De las Sociedades Española y Francesa de Higiene

Las fiebres eruptivas son enfermedades cíclicas, de curso definido, que no se abrevian ni modifican por la medicación ordinaria: la terapéutica sólo influye sobre las formas anormales de ellas, atenuando ó combatiendo síntomas peligrosos y previniendo complicaciones, más graves generalmente que la erupción misma; fuera de estas circunstancias, se limita á dirigir por medios higiénicos, de preferencia á los farmacológicos, la evolución regular del padecimiento, colocando al enfermo en condiciones apropiadas para resistir su mal.

Hay, sin embargo, un método de tratamiento que ha adquirido boga contra algunas enfermedades de la piel, especialmente el lupus, y que aplicado á las fiebres eruptivas por Finsen, Spiegel y otros, se considera capaz de acortar su duración y hacerlas menos peligrosas, innecesario decir, que me refiero á la *fototerapia*. La inocuidad del procedimiento y su compatibilidad con cualquier medio que hubiera precisión de utilizar, autorizan para aplicarlo en la clínica civil, y así lo he hecho en algunos de los casos asistidos en los dos pasados años.

Catorce son los enfermos de sarampión de que conservo anotaciones clínicas, sometidos á la acción de la luz roja. El régimen de tratamiento fué igual para todos, no obstante la diferencia de edad, condiciones fisiológicas y sociales de los sarampionosos é intensidad de su mal: higiene, dieta apropiada y luz roja constante en la

338117

UNIV. NACIONAL

habitación, producida durante el día por espesas cortinas de tela encarnada ó capas superpuestas de papel del mismo color, y pantallas de la misma clase sobre las lámparas eléctricas durante la noche. En ninguno se empleó más medicación que algún balsámico ó modificador de las secreciones catarrales cuando la tos era muy molesta, y el resultado obtenido fué el siguiente:

Primer caso: 2 de febrero de 1900. Mujer de veinticinco años, contagiada de una niña á quien ella asistía. Sarampión normal. El día 2, erupción completa. El 6, apirexia.

2.° Marzo 1.° Niño de ocho años. Empieza la erupción con fenómenos catarrales poco intensos y temperatura de 38°,7. Evolución regular; apiréxico el día 4; alta el 5.

3.° y 4.° Marzo 8. Niña de siete años y niño de 8, hermanos del anterior. Sarampión benigno, curado el día 13.

5.° Marzo 9. Muchacho de diez y siete años, criado de la misma casa. Vómitos, catarro poco acentuado, sarampión granuloso ó papilomatoso. Temperatura del primer día por la mañana 39°,8. Curación el 15.

6.° Marzo 25. Niño de seis meses. Catarro oculo-nasal intenso. Temperatura al empezar la erupción 39°. Desaparición del exantema y apirexia el día 28, cuarto de la asistencia.

7.° Mayo 27. Niño de dos años. Como el anterior, fuerte catarro de la conjuntiva, vómitos repetidos, exantema limitado á la cara en aquel día, extendido al siguiente por el cuerpo y borrado del todo el día 30. Infebril desde el cuarto de enfermedad.

8.° Mayo 31. Niña de quince meses. Temperatura de 40°. Catarro traqueo-bronquial molesto, pero leve; erupción regular, que se extingue en el tercer día.

Los seis últimos enfermos fueron otros tantos hermanos, el mayor de diez años, y la menor de nueve meses, asistidos en el mes de febrero último. En todos fué regular la evolución, duró la fiebre de cuatro á diez días, llegando á 40°,5 en el período eruptivo de dos de ellos, y ostentando notable intensidad la bronquitis de otro de los niños, de dos años de edad.

Todos estos casos fueron de formas clínicas normales, sin complicación alguna y de duración mayor ó menor, según la intensidad de la infección y las condiciones peculiares de cada enfermo. Por la evolución regular y benigna del proceso y su terminación feliz sin medicación alguna fundamental aun en niños con fiebre alta y fenómenos bronquíticos de cierta entidad, podría atribuirse el éxito á la

influencia exclusiva de la luz roja; pero por la misma época asistí á otros niños con sarampión, sin someterlos á la acción de la cromoterapia, y uno, al cual mantuve en obscuridad casi absoluta, el resultado fué igual: curaron en el mismo espacio de tiempo sin diferencia marcada en su marcha. Sería, pues, infundado pensar en una acción decisiva de la luz roja, á lo menos en aquellos casos, siquiera evolucionaran con rapidez, cuando sabemos que el sarampión cura sin tratamiento alguno, como todas las enfermedades de curso definido.

No puede negarse que la luz ejerce acción sobre la piel. Finsen, que es quien mejor ha estudiado este asunto, divide clínicamente los rayos luminosos en dos grupos, según que sean de efecto favorable ó adverso para las enfermedades: unos, los rayos químicos de la luz solar, azul, violeta, ultravioleta, que irritan la piel sana y agravan sus inflamaciones, y otros, que influyen favorablemente modificando los estados inflamatorios y supurativos de la cubierta cutánea. Entre nosotros, es tradicional en muchas regiones de España, y figura como medicina popular ó casera, la costumbre de envolver á los enfermos de sarampión en refajos ó telas de color rojo para favorecer la evolución del exantema, y esta práctica da cierto carácter de autoridad á la aplicación de la luz roja, porque no en balde y sin algún fundamento se mantienen vivas desde mucho tiempo entre las gentes determinadas creencias y tradiciones.

Mas partir de ahí, para suponer que la luz roja, al actuar sobre la erupción de la cara, desarrolla una especie de acción dinamófora ya que no bactericida, en cuya virtud se atenúa la totalidad del proceso morboso y se acorta su duración, es dar de su modo de obrar una explicación demasiado hipotética para que pueda ser admitida sin sólida comprobación clínica ó experimental.

La influencia de la luz roja en las fiebres eruptivas, se ejerce únicamente de modo directo sobre aquellas partes del cuerpo que por estar descubiertas pueden sentir la acción dañosa ó irritante de la luz total. Así, en los sarampionosos sometidos á la luz roja ó colocados en una habitación obscura, se observa que cura más pronto y con menos molestia su oftalmía, hecho que puede tener explicación, por razón de las mejores condiciones de higiene en que se halla el enfermo de los ojos cuando es colocado en la obscuridad. La erupción de la cara palidece igualmente más pronto si los enfermos permanecen á obscuras, ó sometidos á la luz roja, y parece como que se aviva, si en pleno período eruptivo vuelven á quedar bajo la ac-

ción de la luz solar ó total; hecho observado también por mi amigo el Dr. Benítez.

En cambio, ninguna modificación se observa en la erupción del cuerpo, cualesquiera que hayan sido las condiciones de la luz. Y es, seguramente, que en aquellos sitios que por hallarse bajo las ropas de la cama están como en la obscuridad, nada hace la fototerapia. En la viruela, por ejemplo, la cara y las manos que son las partes más atacadas por la erupción y donde quedan más cicatrices, son beneficiosamente modificadas, según Finsen, por los rayos rojos; pero el resto del cuerpo no es influído por la luz, cualquiera que ésta sea.

Ya en tiempos remotos se conocía la acción perniciosa de la luz solar sobre la erupción variolosa; y el caso de Santa Catalina de Sena, recluyendo á su hija en la obscuridad para que la viruela no afeara su hermosura, recordado por el Dr. Rodríguez Méndez, así como el de John Gaddesden envolviendo al hijo del rey Eduardo I de Inglaterra, en ropas rojas para impedir las cicatrices de su viruela, indican que era de observación vulgar y antigua el conocimiento de la acción irritativa de la luz y la utilidad de librar de ella á los variolosos.

No otro es el fundamento de las diversas prácticas de la terapéutica ordinaria ó farmacológica al cubrir con determinadas substancias la erupción de la cara, para privarla de la luz y atenuar la intensidad del proceso supurativo é impedir ó dificultar la formación de cicatrices. En un caso de viruela coherente que sometí á la luz roja en el mes de marzo de 1900, la enferma, de treinta y dos años y no vacunada, que acusó fenómenos febriles intensos acompañados de delirio locomotor por haberse levantado de la cama y sufrido á consecuencia de ello retropulsión del exantema, curó sin que le quedaran huellas cicatriciales muy marcadas en la cara, á pesar de lo grueso de sus pústulas; pero otros dos casos mucho más benignos y de evolución más regular, sometidos también á la luz roja, no tuvieron modificación alguna apreciable, y sus consecuencias se tradujeron como siempre por cicatrices indelebles, aunque, en verdad, poco profundas.

Donde menos acción logré con la luz roja, fué en el tratamiento de dos casos de escarlatina, y nada tiene de extraño, porque la erupción escarlatinosa se presenta en el rostro después que en el cuerpo y los brazos, siempre es allí poco intensa, y por tanto, poco puede influir sobre la enfermedad la cromoterapia, como no sea por la

eliminación de los efectos irritantes de la luz total intensa, en aquellas circunstancias anormales en que la extraordinaria susceptibilidad del enfermo, sus condiciones individuales, su fiebre exagerada mente alta ó el delirio, indiquen la conveniencia de alejar todo agente excitante.

Del conjunto de estas observaciones se deduce que la luz roja ejerce alguna acción sobre las fiebres eruptiva, morbillosa y variolosa, especialmente en la erupción de la cara. Posible es que, como sostiene Loeb, obre del mismo modo que la obscuridad, no quedando reducida toda la virtualidad de los rayos rojos más que á la eliminación de los irritantes, pues iguales efectos se obtienen exponiendo á los enfermos á cualquiera de ambos medios; pero aun así, la cromoterapia sería de aplicación más fácil.

En el sarampión se nota acción particular sobre la oftalmía sintomática, la cual mejora tan rápidamente como en la obscuridad, y este efecto es tanto más sensible, cuanto más intenso el catarro ocular y mayores las molestias por él producidas.

Menos ostensible su influencia sobre la viruela, quizá atenúe algo la erupción del rostro y disminuya la profundidad de las cicatrices al quitar fuerza al proceso supurativo, no porque ejerza sobre él acción bactericida, sino porque lo sustraiga á las propiedades irritantes de la luz total ó de sus rayos químicos.

Acaso tenga también la cromoterapia alguna influencia general sobre la totalidad del proceso morboso, porque al modificar la oftalmía en el sarampión, dificultar la supuración en la viruela y atenuar la erupción de la cara en ambas, disminuye elementos de enfermedad, hace menos extensa la superficie enferma, suprime ó rebaja orígenes de fiebre, y modera, por tanto, la intensidad de la enfermedad.

De todos modos, la aplicación de la luz roja al tratamiento de las fiebres eruptivas, singularmente al sarampión y la viruela, es recurso útil que no se opone en caso preciso á cualquiera otra medicación más enérgica, y que, teniendo sus orígenes en la tradición popular, y estando apoyada por las observaciones de Charcot, Black, Barlow, Juhel-Renoy y muchos más, recibe con los estudios de Finsen, Chatelain y otros, la sanción científica necesaria para figurar con derecho en la terapéutica de aquellas fiebres.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar. Madrid.

SUMARIO: I La saloquinina. — II. Intoxicación por el ácido bórico. — III. Una nueva mezcla antiséptica. — IV. Tratamiento de la disentería por el agua oxigenada. — V. La gelatina administrada por vía gástrica como remedio de las hemorragias y de la diabetes. - VI. Tratamiento de la diarrea crónica por el ácido clorhídrico — VII. El yoduro potásico en la medicación de la litiasis biliar. — VIII. El yodoleno. — IX. El tiocol como antidiarréico — X. Nueva preparación lecitinada. — XI. El nucleinato de hierro; nueva preparación marcial.

I. **La saloquinina.** — La quinina contiene un hidróxilo libre, cuyo hidrógeno puede ser reemplazado por radicales de ácidos orgánicos. Prueba de ello es, que cuando se calienta el alcaloide con anhídrido acético, se obtiene una nueva base, la acetilquinina, que puede considerarse como un éter del referido ácido.

Si en vez del acético se emplea el salicílico, el átomo de hidrógeno del hidróxilo antes mencionado deja su lugar á una molécula de salicilo y se forma la saloquinina según expresa la ecuación siguiente:

$$\underbrace{C^{20}H^{23}(OH)Az^2O}_{\text{Quinina.}} + \underbrace{C^6H^4OH.CO^2H}_{\text{Acido salicílico.}} =$$

$$\underbrace{C^{20}H^{23}(O.C^6H^4.OH.CO)Az^2O}_{\text{Saloquinina}} + \underbrace{H^2O}_{\text{Agua.}}$$

Se trata, pues, del éter salicílico de la quinina, que se presenta bajo forma de cristales incoloros, fusibles á 130°, insolubles en el agua y muy solubles en el alcohol.

Su acción fisiológica y terapéutica es exactamente igual á la de la quinina, aunque algo más débil, pero conservando siempre los efectos específicos de dicho alcaloide sobre el hematozoario de Laveran y superándole muy mucho como analgésico y antirreumático.

Las principales ventajas de este nuevo remedio sobre el principio activo de la corteza perubiana son:

1.° *Carecer por completo de sabor amargo*, resultando sus preparaciones enteramente insípidas.

2.° No provocar casi nunca los trastornos nerviosos característi-

cos del quinismo (cefalalgia), ruido de oídos, vértigos, sordera, etc.), y en caso de originarlos, resultar mucho más débiles, tolerables y pasajeros que con las sales de quinina.

3.° No desarrollar acción tópica irritante sobre el estómago ni alterar las funciones digestivas ni la excreción urinaria.

Como el derivado salicilado que nos ocupa es la mitad menos enérgico que la base de que procede, debe prescribirse siempre en cantidad doble mayor que la quinina, equivaliendo desde el punto de vista terapéutico 1 gramo de ésta á 2 de aquél.

Sólo debe hacerse uso de la base pura ó de sus sales neutras, á pesar de que todos estos cuerpos son muy poco ó nada solubles en el agua, pues las sales ácidas tienen sabor amargo muy acentuado é irritan fuertemente el aparato digestivo.

La más recomendada de dichas sales neutras es el salicilato, conocido también con la denominación de *reumatina*, que carece de sabor y cristaliza en agujas blancas, casi insolubles en agua fría y fusibles á 179°. Contiene un 50 por 100 de ácido salicílico.

II. **Intoxicación por el ácido bórico.** — Se cree generalmente que el ácido bórico no es tóxico y que puede prescribirse por vía gástrica, de igual manera que en aplicaciones externas, sin reparos ni limitaciones de ninguna clase.

Este es un error grave que conviene desvanecer, pues se trata de un producto capaz de originar grandísimos trastornos del sistema nervioso y del aparato digestivo, llegando hasta producir la muerte, en ciertos casos, por parálisis del corazón.

Hace muy poco tiempo que el Dr. Rinehart ha publicado en *Thérapeutic Gazette* dos observaciones de dicha intoxicación.

La primera se refiere á un adulto de treinta y ocho años afectado de uretritis posterior, al que se prescribieron 30 centígrs. de ácido bórico cada cuatro horas, tomados por vía gástrica. A los dos días de comenzar el tratamiento, el enfermo comienza á sentir gran debilidad muscular con dificultad muy prónunciada de los movimientos voluntarios, aparece una erupción papulo-vesiculosa en la cara dorsal de ambas manos, corriéndose por entre los dedos, y el pulso se hace sumamente pequeño, aunque sin modificaciones apreciables de su frecuencia.

La supresión de la droga bastó para hacer desaparecer en plazo muy breve todos estos síntomas, pero bastó volver á emplear la misma medicación para verlos reaparecer con los mismos caracteres que la vez primera.

El segundo caso corresponde á un sujeto de cincuenta años, operado de litotomía suprapubiana, al que se practicaban inyecciones intravesicales de agua boricada, administrándole á la vez 30 centígramos de ácido bórico cada cuatro horas. A los diez días el hipogastrio se cubre de una erupción eczematosa, cuyo punto de partida estaba representado por los bordes de la herida operatoria, se manifiesta la misma debilidad muscular antes mencionada, el pulso se hace muy pequeño, sobrevienen náuseas, la temperatura se eleva hasta 39° y la orina contiene albúmina. Poco después de suspender la medicación, todos los referidos trastornos desaparecen.

III. **Una nueva mezcla antiséptica.** — El Dr. L. de Gaetano ha descubierto que cuando se acidifica el alcohol ordinario con ácido acético, adquiere un poder bactericida sumamente notable y exalta su facultad de penetración en la profundidad de los tejidos. Algunos segundos de contacto bastan para destruir los *staphylococos piógenos*, agentes específicos de la infección purulenta de las heridas.

El autor deduce de sus experimentos que el alcohol de 70° mezclado con ácido acético en proporción de 20 gotas de éste por 100 gramos de aquél, constituye el mejor medio que puede emplearse para conseguir la cicatrización por primera intención de los traumatismos abiertos, y sobre todo, de los denominados quirúrgicos ú operatorios.

He aquí el procedimiento recomendado:

Antes de comenzar la operación, se sumergen los hilos de sutura en la mezcla antiséptica preparada según dejamos dicho. Al terminar, se sacan los hilos, se enjugan con tarlatana esterilizada y se practica con ellos la reunión de los bordes de la herida. Después se lava ésta con el mismo alcohol acidificado, se coloca sobre ella, durante algunos instantes, una torunda de algodón empapada en dicho líquido y se cubre, en fin, con una compresa doblada en varios dobleces y también mojada en la misma mezcla. A los dos días se renueva la cura con idénticas precauciones y á los cinco pueden retirarse las suturas, continuando con las aplicaciones de alcohol acidificado en la misma forma que dejamos descrita.

IV. **Tratamiento de la disentería por el agua oxigenada.** — Después de haber experimentado en la Clínica de enfermedades de los niños de la Facultad de Bordeaux, el Dr. Rocaz no vacila en proponer el agua oxigenada como uno de los mejores tratamientos que pueden emplearse en la disentería aguda.

El expresado líquido se emplea mezclado con agua esterilizada y

tibia en la proporción de 1 por 5 ó 6, bajo forma de irrigaciones rectales repetidas dos ó tres veces al día. Antes de practicarlas, es necesario limpiar el intestino por medio de una copiosa irrigación de agua hervida. Después de haber inyectado el agua oxigenada, conviene que el enfermo permanezca en el lecho, acostándose alternativamente sobre la espalda y sobre ambos lados del cuerpo, con objeto de que el líquido medicamentoso pueda ponerse en contacto con todas las porciones del colon. También es indispensable introducirlo muy profundamente, valiéndose de una sonda flexible, pero de bastante longitud.

Rocaz ha tratado de esta manera 10 enfermitos de su Clínica, cuya edad oscilaba entre dos y doce años, obteniendo la curación de todos ellos en plazo muy corto. Las irrigaciones no resultaron nunca dolorosas.

V. **La gelatina administrada por vía gástrica como remedio de las hemorragias y de la diabetes.**—Sabido es que las disoluciones de gelatina constituyen uno de los medicamentos más activos de que podemos disponer contra las hemorragias, pero hasta ahora, la acción del citado remedio se consideraba puramente local y no se administraba de otro modo que aplicando las referidas soluciones acuosas al 5 ó 10 por 100 sobre las superficies sangrantes.

Después de los estudios de Laffont y Lembard (*Progrès Medical*, abril de 1902), esta opinión debe ser modificada, pues ellos demuestran que los efectos hemostáticos de la gelatina persisten cuando se administra por el estómago, pudiendo combatirse de este modo hemorragias internas localizadas en los más diversos órganos, y especialmente las hemoptisis

La dosis diaria no debe pasar de 15 gramos, diluídos en caldo tibio y administrados en tres ó cuatro veces. Si se trata de hemoptisis, la gelatina debe darse fría, mezclada con otros alimentos.

Según los autores antes expresados, la eficacia de dicha medicación se hace evidente desde los primeros días, pero conviene continuarla algún tiempo después de haber conseguido la cesación del flujo, sobre todo si se trata de pérdidas uterinas. En los casos de menorragia, es necesario hacer uso de la droga todo el tiempo que duren las reglas y diez días antes de la época probable de su aparición.

Además de este efecto hemostático, los autores han observado una gran disminución de la cantidad de azúcar contenida en la orina de los diabéticos. En las formas leves, diez á quince días de tra-

tamiento bastan para hacer desaparecer completamente la glicosuria. En las graves, se obtiene por lo menos una reducción de 10 gramos en la cantidad de glucosa que contiene cada litro de orina.

VI. **Tratamiento de la diarrea crónica por el ácido clorhídrico.** — En una comunicación hecha á la Sociedad de Terapéutica de París, los doctores Soupault y François hacen notar que muchos casos de diarrea crónica están provocados y sostenidos por insnficiencia funcional del estómago. Cuando el jugo gástrico no contiene la proporción ordinaria de ácido clorhídrico, los alimentos se transforman incompletamente y pasan al intestino sin hallarse todavía en condiciones de sufrir la digestión intestinal. En estas circunstancias, actúan como cuerpos extraños irritando fuertemente la mucosa, estimulando las contracciones de la túnica muscular y produciendo, en último término, la diarrea por un mecanismo muy semejante al de las enteritis agudas por indigestión.

Como fundamento experimental de su creencia, dichos Profesores han analizado el jugo gástrico de 23 enfermos de diarrea crónica, encontrando hipoclorhídria en 19 y apepsia en 4.

Después de lo expuesto, nada más natural que recurrir al ácido clorhídrico con objeto de combatir la causa determinante del trastorno digestivo antes expresado, pudiendo administrarlo en gotas (X á XX en un vaso de agua azucarada antes de las comidas) ó en poción á la dosis diaria de 1 á 2 gramos.

Los autores emplean siempre el ácido puro oficinal, que contiene 38 por 100 de ácido anhidro, y recomiendan mucho la siguiente limonada, que se puede prescribir en dosis de 100 á 150 gramos en cada comida:

Acido clorhídrico puro oficinal...	6 á 8 gramos.
Agua destilada...	800 —
Jarabe de limón.....	200 -

Los efectos de este tratamiento se manifiestan, por regla general, á los dos ó tres días, y cuando más tarde, á los ocho. Los cólicos desaparecen, las deposiciones disminuyen de un modo considerable, su consistencia aumenta y la completa curación no se hace esperar mucho.

De 34 enfermos que se sometieron á dicha medicación todo el tiempo que fué necesario, 23 curaron en un plazo variable entre dos y diez días y los demás mejoraron considerablemente, pues desaparecieron los cólicos y el número de evacuaciones quedó reducido á dos ó tres en las veinticuatro horas.

Para evitar recidivas conviene insistir en el uso de la droga largo plazo después de haber desaparecido los síntomas del padecimiento, y si los enfermos se quejan de la acritud exagerada de la mezcla, basta añadir una clara de huevo á la poción que hemos consignado anteriormente para obtener una tolerancia definitiva.

VII. **El yoduro potásico en la medicación de la litiasis biliar.**—Hace algún tiempo que Dounine preconizó el indicado compuesto de yodo como medio de prevenir los ataques de cólico hepático en los individuos que con frecuencia los padecían.

Dicha medicación ha sido ensayada después por el médico ruso Yavorski en más de 30 enfermos, consiguiendo resultados sumamente notables, sobre todo cuando después de un ataque muy agudo, pero de corta duración, persiste la sensibilidad exagerada del hipocondrio derecho con punto doloroso bien perceptible al nivel de la vesícula biliar.

El autor receta 4 á 6 gramos de yoduro diluídos en 200 de agua para tomar dos cucharadas de las de sopa al día, y gracias á tan sencillo tratamiento, los ataques se han ido haciendo cada vez más débiles y más tardías en todos los casos, hasta llegar á desaparecer de un modo absoluto.

VIII. **El yodoleno.**—Es una combinación de yodol y de albúmina que se presenta bajo forma de polvo fino insoluble en el agua, inodoro é insípido, que contiene de 9 á 10 por 100 de yodol y que se ha recomendado como sucedáneo de los yoduros de sodio ó potasio en el tratamiento de la sífilis y del reumatismo.

Jordán lo ha empleado con gran éxito en la sífilis terciaria en dosis de 2 gramos los primeros días, aumentando después progresivamente, hasta llegar á 10. En las formas graves ó malignas será necesario llegar hasta 12 ó 14. Los fenómenos de yodismo han sido siempre poco pronunciados.

Para uso externo se recurre á otro yodoleno más concentrado, que contiene 36 por 100 de yodol y que puede reemplazar con ventaja al yodoformo en la cura de las úlceras fungosas, gomas ulcerados, placas mucosas y chancros blandos.

IX. **El tiocol como antidiarréico.**—En el *Klinische-therapeutische Wochenschrift*, refiere el Dr. Schnirer que habiendo administrado el tiocol á un niño enfermo de bronquitis consecutiva á la coqueluche y que padecía, además, una diarrea crónica de dos años de duración, observó con gran sorpresa la desaparición de tan rebelde padecimiento, al mismo tiempo que se disipaban los trastornos bronquiales.

En vista de tan inesperado éxito, el autorha hecho uso después de la misma droga en más de 30 casos de enteritis ag'' las y crónicas, consiguiendo casi siempre resultados muy satisfactorios, sobre todo cuando se trataba de formas crónicas.

Las dosis son las mismas que se aconsejan contra las bronquitis y la tuberculosis pulmonar, es decir, de 2 á 6 gramos en las venticuatro horas, pudiendo llegar hasta 10 en los casos rebeldes.

Para los niños de pecho, Schnirer prescribe:

Tiocol	50 centígramos.
Agua destilada	50 gramos.
Jarabe de corteza de naranja	10 —

Para tomar una cucharada de las de café cada dos horas.

X. **Nueva preparación lecitinada.**— En una de nuestras anteriores *Revistas,* nos ocupamos de la lecitina é hicimos constar los grandes servicios que puede proporcionarnos todo género de enfermedades consuntivas, y especialmente en la tuberculosis.

Cuando no se puede disponer de la lecitina pura, Lemanski recomienda la siguiente preparación, que la sustituye por completo:

Yema de huevo	300 gramos.
Agua	60 —

Dilúyase, filtrese y añádase:

Glicerina pura	300 gramos.
Cloruro de sodio	8 —
Agua destilada de laurel cerezo	10 —
Ron	50 —
Jarabe de limón	100 —

Esta preparación se conserva inalterable durante largo tiempo y se administra á la dosis de dos cucharadas grandes tres veces al día, antes del desayuno, comida y cena. Si se desea, puede diluirse cada toma en medio vaso de agua azucarada, pero de cualquier modo, el sabor de la expresada mixtura resulta agradable.

Según el citado Profesor, los tuberculosos aumentan rápidamente de peso cuando se les somete al empleo de dicha poción lecitinada.

Para reunir los 300 gramos de yema, se necesitan de 12 á 14 huevos de gallina.

XI. **El nucleinato de hierro; nueva preparación marcial.**— Todas las sales de hierro administradas por el estómago, se transforman en cloruro al ponerse en contacto con el jugo gástrico. Una pequeñísima cantidad se absorbe en seguida desarrollando un efecto más perjudicial

que útil, pues la experiencia ha demostrado que dicho compuesto introducido directamente en la sangre, puede producir trastornos de mucha consideración. El resto de la sal pasa al duodeno donde en presencia de los líquidos alcalinos que en él existen, se descompóne, quedando el hierro en libertad bajo forma de óxido.

Así es como por acción verdaderamente fagocitósica absorben una insignificante cantidad las células duodenales, siendo arrastrada con las heces fecales toda la porción no absorbida, que representa, por lo menos, las cuatro quintas partes de la administrada.

Una vez en la sangre, los leucocitos se apoderan del óxido de hierro, transformándolo en nucleinato de la misma base, gracias á la gran proporción de ácido nucleínico que contienen. Bajo esta misma forma de nucleinato se acumula en el bazo, en el hígado y en la médula de los huesos; pero en el líquido sanguíneo necesita sufrir aún alguna nueva transformacion para llegar á convertirse en ferrato amónico, que es como se encuentra en la molécula de hematina

Teniendo en cuenta todas las consideraciones antes expresadas, el Dr. Dor (*Revue internationale de medecine et de chirurgie*) ha propuesto reemplazar todas las sales de hierro empleadas hasta hoy en terapéutica por el nucleinato que se absorbería completamente sin sufrir transformaciones de ninguna clase, que se toleraría muy bien hasta por los enfermos más delicados y que no daría lugar en ningún caso á los trastornos digestivos que con tanta frecuencia determinan las demás preparaciones marciales.

La referida sal no es atacada por el jugo gástrico ni pancreático; probablemente pasará á la sangre en esta misma forma y como carece en absoluto de propiedades irritantes, puede administrarse en dosis muy altas. El propio Dor ha tomado 1 gramo diario durante varios días, sin experimentar ninguna molestia, y otros han llegado hasta 2 gramos sin trastorno alguno.

Para los enfermos, la dosis ordinaria en veinticuatro horas, es de 50 centígramos. En todos los ensayos verificados hasta ahora, la tolerancia ha sido perfecta y los resultados excelentes.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 26 *de Abril de* 1902.

Epitelioma de los órganos genitales. — El Dr. *San Martín* presenta un caso de epitelioma que extirpó formando una especie de vulva con la piel del escroto.

Estrecheces cicatriciales de la uretra, atrofia de la vejiga y fístulas urinarias hipogástricas. Curación radical por la uretrotomía externa y la talla hipogástrica.—El mismo doctor presentó este caso. Se trata de un joven de veintidós años, de oficio albañil, que hallándose hace cuatro años trabajando en una noria de siete metros de profundidad, cayósele encima una de las paredes. Al sacarle se observó que expulsaba sangre por el meato urinario y estuvo veinticuatro horas sin orinar, al cabo de las cuales, y previo sondaje, expulsó gran cantidad de orina mezclada con sangre, teniendo necesidad de recurrir á este medio todos los días para orinar. Al cabo de unos días notó el enfermo que la orina fluía continuamente y gota á gota; las micciones eran muy frecuentes y en poca cantidad, acompañadas de gran dolor. Así estuvo un mes, y al notar que habían pasado dos días sin orinar, le practicaron la uretrotomía interna; mejoró algo, pero al poco tiempo se le presentaron tres flemones urinarios: uno en cada fosa ilíaca anterior, otro en la margen izquierda del ano, los cuales, al supurar, dejaron fístula, por donde fluía continuamente la orina, sin aparecer ésta por la uretra.

Un año después le practicaron una uretrotomía externa, sin resultado beneficioso, pues á los treinta días expulsaba otra vez la orina por las fístulas. Al siguiente año sufrió nueva operación (talla hipogástrica) y tampoco consiguió mejorías. En vista de todo esto, el enfermo ingresó en la Clínica del Dr. San Martín, y en febrero último le practicó una uretrotomía externa, no pudiendo llegar á la uretra por haber interpuesta debajo de ella una cicatriz infiltrada de sales calcáreas, y tuvo necesidad de operar sobre la región hipogástrica, donde limitó por dos incisiones la cicatriz cutánea existente, que la extirpó, y obrando sobre un tejido de cicatrices antiguas y á una gran profundidad, llegó á una cavidad pequeñísima, que resultó ser la vejiga, pero retraída, endurecida y atrofiada. Introdujo el dedo en esta cavidad y sólo pudo apreciar el Dr. San Martín el cuello de la vejiga, por cuyo orificio interno introdujo una sonda delgada y flexible que con grandes trabajos pudo hacer salir por el meato urinario. Por medio de una hebra de seda unió á esta sonda una de Nélaton, que dejó puesta con fiador en el conducto uretral. Volvió al periné y con el periostomo incindió la travécula interpuesta debajo de la uretra, con lo que llegó á la sonda colocada en este

conducto y que dejó al descubierto en unos 6 centímetros. Dejó abiertas las incisiones perineal é hipogástrica y puesta la sonda de Nélaton con el hilo fiador. Durante los primeros días que siguieron á la operación, la orina fluía por la talla, por la incisión perineal y por la sonda; después fué saliendo cada vez menos por las heridas que iban cicatrizando, y en mayor cantidad por la sonda, á la vez que iba reteniendo la orina. A los cuarenta y cinco días las incisiones estaban casi cicatrizadas; se quitó la sonda y orinaba totalmente por la uretra y retenía la orina dos horas. A los dos meses las heridas habían cicatrizado, la orina era expulsada por la uretra en chorro grueso, y hoy el enfermo la retiene el tiempo que quiere.

Patogenia y tratamiento de la pulmonía.—El Dr. *Calvo* dice que cuando inició el debate, sus aspiraciones eran encontrar en la Academia la doctrina actual de la neumonía que reemplazara á la que reinó en el siglo pasado, defendida por los clínicos más ilustres. Se hace cargo ahora de la teoría *microbiana* que atribuye á los seres microscópicos la patogenia de la enfermedad, y de la *teoría mixta*, examinando detenidamente las opiniones expuestas en el año actual por los señores que han hecho uso de la palabra, así en lo referente á la patogenia como á la terapéutica de la neumonía, creyendo que el problema ha quedado sin resolver, á pesar de los buenos deseos y de la ilustración de todos los oradores.

Añade, que el Dr. Talamón, médico del Hospital Bichat, ha publicado 50 casos de neumonía, tratados por el suero antidiftérico con buen resultado, cuya terapéutica empírica en toda la extensión de la palabra se propone *yugular* siempre la enfermedad, como pretendió Boullard con las emisiones sanguíneas. Se lamenta de la falta de indicaciones patológicas y racionales, y del predominio del tratamiento sintomático; sostiene que las toxinas y antitoxinas son nociones puramente hipotéticas, que no tienen fundamento sólido, y que el *diagnóstico* ha sido siempre el conocimiento de la enfermedad y del enfermo, no encontrando novedad alguna en la locución de tratar neumónicos y no pulmonías.

El Dr. Calvo expone diversos casos de lesiones por arma de fuego, así en nuestro país como en el extranjero, para demostrar la doctrina de la escuela de Montpellier, que no admite la existencia de la enfermedad hasta que se presente la reacción, respuesta y consentimiento del organismo; de donde procede la denominación de *lesiones reactivas* que se les ha aplicado.

Termina manifestando su deseo de que se busque y encuentre una noción patogénica clara y precisa de la neumonía, análoga á la que defendieron Andral y Gavarret, y que hoy no existe; de que se estudien el modo de obrar del microbio y la esencia de las toxinas, comprendiendo al efecto los trabajos necesarios, y de que se conozcan todas las variedades de neumonía que son en mayor número que las descritas en este debate.

El Dr. *Sanchez Rubio*, á propósito de la patogenia de la pulmonía por los microorganismos, empieza recordando uno de los aforismos de Letamendi consignado en *Clínica general* que dice: «Dentro de diez años nadie hablará de microbios. Dentro de ciento, se dará importancia todavía á la disposición individual; *veremos* si dentro de mil se habla sólo del régimen, que es la clave del asunto». Dice que en el discurso de ingreso del Dr. Salazar en esta Academia, que trató de las *autointoxicaciones intestinales*, no sólo aparecen

la flora y la fauna microscópicas del aparato digestivo, con las consiguientes leucomaínas y ptomaínas, sino el influjo de la temperatura, de la electricidad, de la luz y de la presión atmosférica sobre la vida celular y las acciones quimiotáxicas; no obstante lo cual, y aun por lo mismo, se declara el autor contrario á cuanto no sea volver á la *Terapéutica de la Naturaleza*, dedicada á restaurar las energías orgánicas, favorecer la transformación de las substancias tóxicas, defender la integridad de los emuntorios y favorecer la función eliminadora que es propiedad de éstos, y contestando el Sr. Ortega Morejón al recipiendario, tampoco negó los fueros de la doctrina microbiótica, en aquello que se debe considerar indiscutible, pero haciendo resaltar la parte que el *terreno orgánico* toma en la vida de los microorganismos.

Expone las opiniones de los Dres. Cortejarena y Ortega Morejón (D. L.), respecto á la bacteriología en clínica, las cuales coinciden en la idea fundamental de negar el imperio de la Medicina á toda doctrina sistemática, como se le negaría de seguro cuantas opiniones pudieran aportar de observadores de las innumerables exageraciones doctrinales ocurridas en nuestro arte. La doctrina bacilar está, pues, en el caso de cuantas la han precedido, hallándose hoy en su creciente. ¿Consideraremos ó no, dice, como uno de estos bacilos el de la pulmonía? ¿Se cumple en ésta la ley de los padecimientos infecciosos, en punto á la *vacunación* de sí mismos, ó sea, poniendo un ataque de la enfermedad á cubierto de otro? Lo que sucede es precisamente lo contrario, bastando esto para que no se deba clasificar la neumonía al lado de la difteria, de la viruela, del sarampión, de la escarlatina, etcétera. Faltaba, además, el carácter general *totius substantiæ* de estas entidades morbosas y la franca é indiscutible contagiosidad de las mismas, siendo lógico suponer, después de esto, que la seguirá faltando perpétuamente la defensa por las vacunas, sean en masa ó atenuadas en los sueros.

Los experimentos de Allan Mac-Faydan y de Sidney Rowland hacen sospechar que la movilidad de las bacterias sea no más que debida á causas mecánicas, pues habiendo tenido sometidos por diez horas bacilos del cólera, del tifus y de la difteria á un frío de 250 *grados centígrados bajo cero*, los microbios así tratados no mostraron *alteración alguna*, ni en la forma y estructura, ni en la energía del subsiguiente cultivo. ¿Se comprenderían que sufrieran una tal temperatura sin morir, si fueran seres vivos? Pero también cabe preguntar cómo es que al fin mueren de frío, y también si se eleva la temperatura á bastante menos de 100°; y cómo es que entre el *máximum* y *mínumum* de ella hay un *optimum* en que funcionan del modo más activo.

En cuanto á que los microbios vengan á constituir un reino aparte, dice Haeckel, no es más admisible que la *separación absoluta* de los llamados reinos vegetal y animal, desde el momento en que todos ellos absorban oxígeno, exhalan ácido carbónico y desprendan calor, resultando constituídos en último análisis por el llamado *protoplasma de Huxley*, base física de la vida. Con respecto á la existencia de microbios genuínamente *patógenos* disienten las opiniones, pero parece haber mayor razón para negarla que para darla por cierta. El italiano Mercoli atribuye la raquitis á los estreptococos y estafilococos piógenos, y declara que siempre existen en la boca de los niños sanos. Kanthack, Lesage y otros han demostrado que el bacilo coli exis-

te constantemente en el tubo intestinal humano, sin que por esto produzcan siempre malos efectos; el bacilo vírgula de Koch se ha encontrado muchas veces en las deposiciones de personas no coléricas. En la última epidemia de cólera que reinó en Calcuta no se encontró en las aguas potables el bacilo vírgula, pero en cambio siguió inmediatamente el cólera á una grande humedad y á una gran baja de temperatura atmosférica. Los pueblos de Carabanchel alto y bajo han solido guardar singular independencia respecto á nuestras epidemias de cólera, á pesar de la cantidad de ropa sucia de Madrid, que se lava en aguas del Lozoya, de la que se surten las fuentes públicas de aquellos pueblos. Barthock ha dicho en una conferencia dada en mayo de 1900 en la Sociedad ginecológica británica que ni el veneno de la viruela, ni el de la sífilis, son producto de un bacilo; que el de Lœffler no es constante, y por lo mismo, no es esencial á la producción de la difteria, como no es el gonococo el elemento esencial de la gonorrea. Añadió, que en las epidemias de fiebre tifoidea de Maidstone y de King's Lynn (Inglaterra) no se pudo demostrar la contaminación del agua por el bacilo tífico; que no hay todavía una demostración digna de este nombre, de que la tuberculosis sea debida al bacilo tuberculoso, tan parecido, por lo demás, al de la lepra; y que el vírgula no es de considerar esencialmente generador del cólera; que es lo mismo que se debe decir de la peste y de su microbio. Todos estos titulados microorganismos patógenos, dijo, se hallan siempre en circunstancias compatibles con la mejor salud y no sólo esto, sino que la benefician efectivamente. Y estos asertos, añadió también, no son opiniones hipotéticas sino hechos susceptibles de prueba, que demuestran que la moderna doctrina bacteriológica *es un error gigantesco;* que nos hallamos en el amanecer de la reacción contra él, y que se puede predecir que se llegará á demostrar dentro de poco que los varios bacilos desempeñan funciones saludables en la economía de la naturaleza. En prueba de lo cual, el doctor Kijanizin ha creído averiguar, después de repetidos experimentos, que los alimentos y bebidas esterilizados, ó sea, privados de todo microbio, dejan de ser digestibles.

El Dr. Sánchez Rubio se ocupa luego del bacilo del tétanos, de la malaria, del paludismo, del tracoma, en particular del neumococo de Fraenkel y de las variedades del micrococo y estroptococo lanceolado de Pasteur, en que se encuentran frecuentemente en las mucosas nasal y bucal de personas no neumónicas. Es también interesante recordar la presencia del bacilo tetánico ó de Nicolaier en el pus de animales tetanizados previamente por inyecciones subcutáneas de tierra; lo cual, que de ser cierto, probaría la posibilidad de que los microorganismos sean efecto, en vez de causa, de ciertas alteraciones morbosas.

Todos estos experimentos y observaciones le sirven al Dr. Sánchez Rubio para apoyarse en que una enfermedad no depende exclusivamente de un microbio sino de diferentes factores que influyen sobre su elemento anatómico, su órgano, etc., y que si el estado anormal de los seres debe un tanto de su constancia al concurso armónico de cada una de las piezas por insignificantes que se las imagine, ha de acontecer lo propio cuando se trata de los estados anormales, y que así podrán nacer éstos en el juego último de aquéllas, por mal uso que se haga de las mismas, con deberse á una torcida

acción de los modificadores ambientes habituales ó á la intervención de otros nuevos. Con arreglo á estos innegables principios, y puesto que la pulmonía no es más que una de tantas inflamaciones, hemos de reconocerla lógicamente el derecho á la variedad de sus causas, propia de todos los estados patológicos.

Por todo lo cual, dice el Dr. Sánchez Rubio que lo primero que deberá atender el médico para sentar las bases del pronóstico y del tratamiento, es al estado de las fuerzas radicales del enfermo que se calculará por el estudio de la historia general orgánica de éste, y la particular de la enfermedad pendiente. La clasificación morbosa resultante de este punto de vista, no va más allá de las categorías *hiperesténica* é *hiposténica* : la primera de las cuales alienta á pronosticar bien y la segunda demanda al tratamiento cuantas fuerzas puedan echarse de menos en la naturaleza medicatriz del paciente. Esta clasificación que podríamos llamar *dinámica*, no excluye la *específica* en que hallan su lugar la pulmonía *traumática*, la de los *lapidarios*, la de los *manipuladores de cloro* y otros agentes químicos *irritantes* y *respirables*, la *herpética*, la *sifilítica*, alcohólica microbiósica, etc., etc.

El Dr. Sánchez Rubio divide el tratamiento en *esencial específico* y *sintomático*. Según los casos, recomienda la sangría, el tártaro emético á dosis puramente nauseosa, la ipecacuana y la digital administrada con moderación ; las aguas alcalinas, la revulsión cantarídica extensa á las paredes del pecho, y á veces (como cuando se trata de la pulmonía traumática) los grandes golpes de sanguijuelas ó las numerosas ventosas escarificadas aplicadas á estas mismas paredes.

Y por último, termina declarándose partidario convencido del tártaro emético á dosis fraccionadas, pues el efecto que este modificador produce así en la incitabilidad del neumogástrico, da origen á una sedación pulmonar, admirablemente apagadora del incendio, con el aditamento de que rebaja esas actividades vitales cual conviene, que es sin aniquilarlas. Por manera que, mantenidas en reserva las fuerzas radicales del organismo, se asegura y abrevia la llegada de la convalecencia, igualmente que el término de ésta ; no siendo nunca de tan sorprendente efecto restablecedor la alimentación, como cuando sigue á las pizcas eméticas del tartrato antimónico potásico.

PERIÓDICOS

Afasia y monoplegia facio-braquial derecha.—En *La Correspondencia Médica* publica el Dr. D. Enrique Fernández Sanz, el caso clínico referente á A. de P., de veinticuatro años, soltero, músico de un Regimiento. Refiere que al despertarse el 14 de diciembre de 1901, observó que tenía rígidos en extensión los dedos de la mano derecha, agarrotado el brazo del mismo lado, sin poderle mover, desviada la comisura labial hacia la izquierda é imposibilidad absoluta de hablar. Desapareció á los pocos días la rigidez del brazo y mano, subsistiendo una paresia más acentuada para la flexión del antebrazo y para los

movimientos aislados de los dedos; también continuó la desviación de la comisura labial y la total imposibilidad de emitir palabra alguna.

El 19 de diciembre observó que no podía leer el rótulo de un tranvía, y probando en seguida á leer un periódico, tampoco lo consiguió, á pesar de que la visión de los objetos se conservaba íntegra, y también le era imposible escribir; la ceguera verbal existía, no sólo para las letras, sino también para la notación musical, que por razón de su profesión conocía perfectamente.

Sin haber sido sometido á ningún tratamiento, fueron paulatinamente mejorando todos los síntomas: los movimientos del miembro superior derecho se hacían más fácilmente; empezó á hablar el 3 de enero, siendo *sí* y *no* las primeras palabras que pudo pronunciar, y aumentando después progresivamente su vocabulario; el 15 de febrero comenzó á leer, pero con mucha dificultad y siéndole imposible descifrar la mayoría de las palabras; no ha hecho ensayos de escritura.

Investigados sus antecedentes, declaró que su madre y un hermano habían muerto tuberculosos. El padeció á los diez años una iritis que ha dejado como reliquia ligeras sinequias posteriores. Hace seis años tuvo llagas en el balano é infarto ganglionar en una ingle, desapareciendo con asistencia facultativa mediante lavados con permanganato potásico; hace diez y ocho meses tuvo una nueva llaga en el balano, que curó el médico del Regimiento con cauterizaciones locales, sin tratamiento general y sin que se presentaran síntomas posteriores; no ha tenido llagas en la garganta ni manchas en la piel, y, reconocido detenidamente, no se encontraron cicatrices en el pene, ni ganglios cervicales, ni ninguna reliquia sifilítica.

El día 7 de marzo, se observó dificultad de expresión por falta de palabras; habla muy lentamente, pues se esfuerza por encontrar los vocablos y frecuentemente no lo consigue; la ceguera verbal ha desaparecido casi por completo, pues lee bastante bien, articulando mejor cuando lee en alta voz que cuando habla espontáneamente; la escritura es muy lenta y difícil: dibuja las letras, y la forma de éstas, según dice, es muy diferente de lo que era cuando estaba sano; al escribir las palabras largas, omite las sílabas centrales (Covanga por Covadonga, Prinsa por Princesa); la escritura espontánea, al dictado y la copia son igualmente defectuosas. La audición verbal se conserva íntegra y siempre lo ha estado.

La boca está muy ligeramente desviada hacia el lazo izquierdo; los movimientos de la lengua, comisura labial y facial superior se efectúan bien; en el brazo y mano derechos hay menos fuerza que en los izquierdos (no es zurdo), pero hace todos los movimientos bien, excepto los aislados de los dedos que están algo torpes.

Se le prescribió 10 gramos de yoduro potásico en 200 de agua para tomar tres cortadillos al día; corrientes farádicas en el brazo derecho, y sobre todo la reeducación de los centros afectados mediante ejercicios progresivos de pronunciación, lectura y escritura, cortos, para evitar la fatiga, pero repetidos varias veces al día, bajo la dirección de una persona que corrija los defectos observados.

Posteriormente ha seguido acentuándose la mejoría espontáneamente iniciada en este enfermo, y en la actualidad habla y lee con corrección y escribe sin tropiezo largas frases, aunque despacio y con escasas equivocaciones; en

la boca no hay desviación aparente, el brazo ha recobrado fuerza y sólo subsiste ligera torpeza en los movimientos de los dedos.

No tiene este enfermo aspecto de neurópata : es de carácter animado, risueño y no le preocupa su enfermedad ; quizá su fácil propensión á la risa pudiera estimarse como un cierto grado de infantilismo, pero el Dr. Fernández Sanz no cree que en estas minucias de observación pueda fundarse un exacto concepto del modo de ser de este enfermo. Es un neurópata *per accidens*, pues faltan en él las dos determinantes esenciales del neurosismo, la herencia y la predisposición adquirida por trabajo intelectual excesivo, preocupaciones, disgustos, vida disipada, etc.

¿Qué región de la corteza cerebral interesa la lesión dice el Dr. Fernández Sanz? Las dos circunvoluciones rolándicas izquierdas en sus tres cuartos inferiores conforme lo demuestra la monoplegía braquiofacial y el pié de la tercera frontal izquierda según lo indica la afasia motora. Queda por explicar la agrafia y la ceguera verbal, también observadas en este enfermo ; en cuanto á la agrafia, de centro tan discutido, negado por muchos autores y colocado por los que le admiten en el pié de la segunda frontal, inmediato vecino del de la afasia motora, puede muy bien admitirse que la lesión que ha alterado á éste, ha alcanzado también á aquél, pero no es indispensable suponer esta extensión del trastorno anatómico, porque siendo la imagen motora gráfica el más contingente y accesorio de los elementos que integran la compleja función del lenguaje, el último en formarse y el más subordinado á los restantes, puede la desaparición de alguno de éstos, como la imagen motora articulada ó la visual verbal, traer como consecuencia su pérdida.

La ceguera verbal tiene su centro, por todos admitido en el pliegue curvo, á gran distancia de los centros de emisión del lenguaje y no es probable que la lesión que interesó á éstos haya alcanzado á aquél y menos aún que una nueva lesión le haya alterado, respetando á las zonas intermedias ; la ceguera verbal por lesión de su centro, no se asocia á monoplegias de cara ó miembros, sino á sordera verbal, á trastornos de la audición común y sobre todo á la hemianopsia.

La ceguera verbal puede muy claramente explicarse, sin lesión de su centro, por la solo pérdida de la imagen motora articulada, que en los sujetos pocos habituados á leer como el enfermo de que se trata, preside á la lectura (leen, si no deletreando, por lo menos haciendo los movimientos necesarios para articular las palabras que impresionan su retina) ; más brevemente la imagen visual verbal está subordinada á la motora articulada y la pérdida de ésta puede implicar la de aquélla ; esta subordinación se prueba por el hecho de que todos aprendemos á leer *deletreando*, es decir, articulando, evocando la imagen motora articulada para formar la visual verbal.

Esta compleja pérdida de varias de las modalidades del lenguaje por la lesión de un solo centro, es la característica de las afasias nucleares y su más clara diferencia de las de conductibilidad : en efecto, después de muchas minuciosas disposiciones sobre estas últimas ; después de trazar muchos esquemas tan ingeniosos, como ilusorios, y de teorizar *ad libitum*, se ha llegado á la conclusión de que el más racional carácter distintivo entre unas y otras afasias, es que en las nucleares hay pérdida de la imagen correspondiente al centro lesionado, y por consiguiente, *desequilibrio* del lenguaje interior que

necesita para su cabal funcionamiento, la integridad de todos los elementos que le constituyen y casi siempre desaparición de las imágenes subordinadas á la primitivamente alterada.

El Dr. Fernández Sanz resume la primera parte del diagnóstico en la conclusión siguiente : *Hay una lesión de índole destructiva que interesa el pié de la tercera frontal y los tres cuartos inferiores de la frontal y parietal ascendentes izquierdas.*

Se extiende después en consideraciones oportunas para establecer el diagnóstico diferencial de esta lesión con otros. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Junio de 1902.

Apendicitis gangrenosa. — El Dr. *Quénu* contestando al Dr. Walther, dijo que sólo concedía al dolor un valor relativo después de treinta y séis horas de enfermedad. Antes tiene importancia sobre todo cuando se presenta en el punto de Mac Burney y es difuso. Si se encuentra un signo particular, la intervención precoz esta justificada. La investigación de los caracteres del dolor se impone desde el principio, porque entonces es local y está limitado á la mucosa. El Dr. Mignon vió á sus enfermos cuando llevaban ya treinta y seis horas de padecimiento, y por lo tanto, no pueden utilizarse estos casos para la discusión.

El Dr. *Broca* dijo que acababa de operar á un niño al que se había aplicado recientemente un apósito para la coxalgia. Este enfermo tuvo solo dolores tan poco intensos, que le permitieron ir á pié al hospital. La tarde de su ingreso tuvo vómitos. Practicada la laparotomía se encontró un absceso y en su interior el apéndice gangrenado.

El Dr Quénu manifestó que no se había ocupado de la intensidad del dolor sino de su sitio y difusión, y quizá si se hubiera hecho un reconocimiento detenido al niño á que se refiere el Dr. Broca, hubiera podido descubrirse el dolor. En el caso referido, la gangrena era secundaria, puesto que había absceso y el apéndice estaba gangrenado.

Anuria calculosa. — El Dr. *Bazy* narró el caso siguiente observado por el Dr. Suárez de Mendoza : la enferma, de cincuenta y seis años, había tenido varios ataques de cólico nefrítico. Después del último, tuvo anuria y vómitos. Reconocida detenidamente se diagnosticó la existencia de cálculos en el riñón derecho. Se hizo una incisión lumbar y por ella se extrajeron tres cálculos, uno de ellos, el más voluminoso, de 25 milímetros de longitud. Se suturó el

riñón y se practicó el cateterismo retrógrado del ureter. La enferma curó perfectamente.

Extrofia vaginal de la vejiga. — El Dr. *Picqué* dijo que había observado la extrofia completa de la vejiga en una enferma á la que pocos meses antes se la había extirpado la uretra y el cuello vesical, que padecían epitelioma. A los quince días apareció en la vulva un humorcillo que fué aumentando de volumen y que coincidía con incontinencia completa de orina. El tumor estaba formado por la vejiga. Para mantenerla reducida se practicó la laparotomía media, se redujo la vejiga y se la fijó por medio de seis puntos de sutura á la cara anterior del útero que se hallaba en retroversión, practicándose además la histeropepsia. El prolapso no se produjo, pero la incontinencia siguió siendo la misma. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 28 *de Mayo de* 1902.

Aparato para la anestesia. — El Dr. *Crésantignes* presentó un aparato para administrar los anestésicos que, como el bromuro, cloruro de etilo, etc., se volatilizan á baja temperatura. El aparato se compone de una especie de embudo destinado á cubrir de una manera hermética la boca y la nariz del enfermo. En el fondo de este embudo desemboca el cuello de una vejiga, en el que se recoge el aire espirado y que vuelve á inspirar el paciente. De este modo sólo respira aire saturado de anestésico y se suprime así el período de excitación.

La nueva educación motora.— El Dr. *M. Faure* dijo que toda función motora exige para su cumplimiento dos condiciones: 1.ª, conservación del aparato motor; 2.ª, integridad del sistema nervioso.

La supresión de la función motora (parálisis) ó su trastorno (incoordinación, espasmo, etc.), pueden depender de la alteración del aparato motor ó de la del sistema nervioso. En el primer caso es preciso recurrir á los aparatos protéicos, al amasamiento, etc., con objeto de mantener la movilidad, la contractilidad de los músculos enfermos, de suplir la falta del esqueleto, etcétera. En el segundo se han perdido la memoria, la coordinación de los movimientos, la energía motora, y es necesario educar de nuevo el sistema nervioso como en la infancia.

La nueva educación motora sólo es factible cuando la lesión del sistema neuromotor no ha destruído zonas extensas, y no se trata de una enfermedad de marcha progresiva que altera cada vez más el estado general.

Suero de Trunecek. — El Dr. *Huchard* manifestó que, según sus observaciones, el empleo de este suero es un error terapéutico. Lo ha experimentado en 40 enfermos y jamás ha visto que modifique en modo alguno la tensión arterial. No comprende por qué el suero de Trunecek ha de ser una excepción á la ley general, según la cual todos los sueros son hipertensores.

El Dr. *Mathieu* dijo que, según el experimento practicado por Levi en su Clínica, los enfermos mejoraron de ciertos trastornos, vértigos, zumbidos

de oído, etc. Bonnier ha visto curar con este suero enfermos de otitis esclerosa. Hallion y Tissier han observado descenso notable de la presión arterial, fenómeno comprobado por el Dr. Mathieu en un caso de aneurisma de la carótida. Estos hechos merecen un examen serio, é inducen á no condenar en absoluto el suero de que se trata.

El Dr. *Huchard* replicó que todos los sueros aumentan la tensión arterial, y sería incomprensible que algunos la rebajaran. Además, conviene saber si los enfermos en quienes experimentó el Dr. Levi, estaban ó no sometidos á un régimen lactovegetal. No cree que un proceso escleroso pueda curar con cuatro inyecciones de suero.

El Dr. *Mathieu* manifestó que el Dr. Levi no había hablado de curación de aneurisma, sino sólo de disminución del número de latidos de un tumor. Varios enfermos, en los que se empleó el suero de Trunecek, estaban sometidos al régimen lactovegetal, pero no habían obtenido de él ventaja alguna hasta que se usó el suero.—Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 16 *de Mayo de* 1902.

Parto en un útero doble. — Los Dres. Demelin y Perret: Al examinar la enferma se creyó que existía un útero grávido complicado con tumor, pero la existencia de una brida vaginal puso en camino del diagnóstico. El útero no grávido se hallaba situado en el fondo de saco posterior; existía un solo cuello provisto de dos orificios. La presentación era de hombro y fué preciso practicar la versión. La brida vaginal no opuso obstáculo á la extracción del feto, pero fué preciso rechazar el útero vacío que ocupaba la excavación. Después del parto, se apreciaron los dos globos uterinos separados por un surco. Los dos conductos cervicales estaban unidos como los cañones de una escopeta. La caduca procedente del útero pequeño fué expulsada en el puerperio.

Embarazo extrauterino de más de cinco meses. — El Dr. Delaunay: Fuí llamado para ver una mujer embarazada, en la que diagnostiqué embarazo extrauterino con feto muerto. Me disponía á esperar algunos meses para evitar las hemorragias en el acto del desprendimiento del saco, pero me ví obligado á intervenir á causa de las pérdidas abundantísimas procedentes de la cavidad uterina. Abierto el abdomen, encontré sin gran trabajo la bolsa fetal que desprendí fácilmente en su parte superior. Al llegar á la inferior se produjo tal hemorragia, que tuve necesidad de taponar. A pesar del taponamiento, la hemorragia persistió y me fué preciso terminar la extirpación. La pérdida había sido tan abundante, que la enferma murió á los cuatro días. Creo que en tales casos es preciso practicar la marsupialización.

Hemorragia retroplacentaria por desgarradura del seno circular. — Los doctores Perret y Planchon: Se trata de una mujer embarazada que presentó todos los síntomas de una hemorragia interna. El útero era voluminoso, duro y estaba retraído. Después del parto se encontró una hemorragia que

había desprendido la placenta. Este órgano presentaba una depresión en forma de cúpula, en la que se habían depositado los coágulos. Examinándola de cerca se veía que la hemorragia procedía de la rotura del seno circular, vena voluminosa que existe en el borde de la placenta.

Alopecia congénita. — El Dr. Bonnaire: He observado un recién nacido que presentaba en la región parietal izquierda una pequeña placa de alopecia de forma ovalada y de las dimensiones de una almendra. Dicha placa era lisa, de color rojo cobrizo y de aspecto análogo al de una cicatriz superficial. Creo que esta pequeña lesión dependía de una suspensión de desarrollo de la piel ocasionada por una adherencia al capuchón amniótico.

Hernia umbilical operada al nacimiento. — El Dr. Bar: Este niño nació con una eventración completa en la que salía la mayor parte de las asas intestinales. Principié por reducir la hernia, después atravesé la base del saco con dos hilos para mantener la hernia reducida. Sólo me quedaba desprender la piel y suturar juntos el plano peritoneal y el cutáneo, lo que hice con resultado excelente.

Etiología de las convulsiones de los recién nacidos.—El Dr. H. Larger: En una sesión anterior, el Dr. Bernheim presentó un niño atacado de convulsiones de causa desconocida. Creo que la explicación es sencilla. El hecho de que el niño nació en presentación anormal, permite afirmar que es un degenerado. He interrogado á los padres, lo que afirma mi creencia. Recordaré de paso que en el conjunto de las 600 observaciones inéditas recogidas por mi padre y por mí, hemos visto en 200 casos la herencia tanto semejante como desemejante de los estigmas obstétricos. Se trataba de enfermas de hospital, pero en la clientela donde es fácil interrogar á las mujeres, es raro no poder remontarse á la herencia de los estigmas obstétricos. Lo mismo sucede cuando se trata de una anomalía obstétrica cualquiera, siempre que se procure averiguar los antecedentes hereditarios ó degenerativos de los padres, porque hemos probado que las anomalías obstétricas son hereditarias, no sólo para las mujeres, sino para los hombres, lo que está en contradicción completa con las teorías exclusivamente maternas y mecánicas con la ley llamada de acomodación de Pajot.

(*Le Bulletin Medical*).—F. Toledo.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Continuación)

Convulsiones infantiles.—IV. Diagnóstico.—El Dr. A. d'Espine: El diagnóstico debe hacerse, de una parte, con las neurosis convulsivas, sobre todo con la epilepsia; de otra, con las meningitis y las hidrocefalias agudas.

1.° *Histerismo.* — Cada órgano nervioso está más expuesto á alterarse en el momento de su desarrollo funcional; el órgano del movimiento en los dos primeros años (parálisis infantiles, convulsiones); el de la mímica de los seis á los siete años (corea); el de la sensibilidad afectiva después de los

diez (histerismo); el del pensamiento en la edad adulta (locura). Es decir, que sólo debemos hacer el diagnóstico del histerismo convulsivo con la eclampsia en los niños, y en éstos, la tetania, sobre todo, puede ser de naturaleza histérica.

2.° *Epilepsia.*—Es imposible á veces distinguir los ataques epileptiformes eclámpsicos de los verdaderos ataques de epilepsia; la marcha es la única capaz de resolver el problema y puede considerarse la epilepsia como probable si los ataques continúan después del quinto año, sin causas ocasionales determinadas.

3.° *Meningitis.*—El diagnóstico entre las convulsiones sintomáticas y las esenciales, es casi siempre difícil.

a) Aspecto clínico.—Las convulsiones iniciales de las enfermedades febriles, pertenecen á la eclampsia; las que sobrevienen en el curso de una pirexia, son las más de las veces, aunque no siempre, sintomáticas de una meningitis. Se temerá esta última cuando los accidentes cerebrales coinciden con un aumento brusco de la temperatura, cuando las convulsiones se repiten una tras otra, cuando queda, en el intervalo, contractura (trismo, opistótonos) ó algún síntoma de foco, como parálisis localizada, irregularidad pupilar, estrabismo, etc.

Los demás síntomas concomitantes de la meningitis y su encadenamiento, deben tenerse también en cuenta: cefalalgia, vómitos, irregularidad del pulso y de la respiración, etc.

El estado de la fontanela suministra también, durante el ataque, otro orden de síntomas. Cuando está abombada y saliente y las pulsaciones cerebrales y los movimientos respiratorios se hacen insensibles, puede admitirse la hidrocefalia aguda. Pero la falta de este signo no permite siempre excluir la meningitis. En la primera infancia debe medirse, á intervalos sucesivos, la circunferencia del cráneo en los intervalos de los ataques; es posible así algunas veces observar que las convulsiones consideradas como esenciales son, en realidad, los primeros síntomas de una hidrocefalia adquirida.

b) Signo de Kernig.—Este signo es casi constante en las meningitis francas, primitivas ó secundarias. Suele faltar en la meningitis tuberculosa, quizá porque ésta se propaga con menos frecuencia á las meninges raquidianas que la meningitis franca, y sobre todo, que la epidémica.

c) Signos obtenidos por la punción lumbar.—En los casos dudosos, la punción lumbar suministra signos utilísimos sobre la inflamación en las meninges y su naturaleza.

1.° *Naturaleza del líquido.*—El líquido cefaloraquídeo turbio, es siempre indicio de una meningitis. Si el líquido es claro, la presencia de albúmina ó de copos de fibrina es también una prueba de inflamación.

2.° *Diagnóstico citológico* (Widal).—El diagnóstico se hará examinando el líquido sometido á la centrifugación. Se encuentran siempre leucocitos que no existen en el líquido cefaloraquídeo normal. En las meningitis agudas, no tuberculosas, los leucocitos polinucleares son mucho más numerosos; en las meningitis tuberculosas lo son los linfocitos. En las formas subagudas y crónicas predominan éstos en todas las variedades.

3.° *Diagnóstico bacteriológico.*—El diplococo de Weichselbaum, agente in-

feccioso de la meningitis cerebroespinal epidémica, suele descubrirse por el examen del depósito del líquido y por los cultivos.

4.° *Propiedades tóxicas del líquido cefaloraquídeo* (Sicard).—Es posible que este nuevo método explique la muerte por toxinas convulsivas en la infancia á falta de microbios en los centros nerviosos.

5.° *Diagnóstico por la hemolisis.* —Weil y Péhu han aplicado recientemente al diagnóstico de las meningitis infantiles el procedimiento recomendado por el profesor Bard, de Ginebra, hemolisis por la reacción del líquido cefaloraquídeo sobre la sangre del enfermo. Han observado que con el procedimiento de Bard se obtienen resultados decisivos para el diagnóstico entre las meningitis verdaderas y las seudomeningitis (convulsiones, etcétera), en el 88'8 por 100 de los casos. Es un método del porvenir.

Patogenia, consecuencias y tratamiento. I. Patogenia.—El Dr. Moussons: Sea la que fuere la forma que revisten las convulsiones infantiles ó los trastornos de que van acompañadas, jamás estas convulsiones son más que un síntoma ó un síndrome que revela una perturbación funcional ó una alteración material de los centros nerviosos. Limitándonos á las convulsiones llamadas esenciales, podemos manifestar que el mecanismo que preside á su aparición, varía esencialmente de un caso á otro.

Sin embargo, se imponen dos consideraciones: El sistema nervioso del niño opone una resistencia mucho menor á las causas nocivas de la misma naturaleza y de igual intensidad que las que pueden atacar al sistema nervioso del adulto, y expresa con más frecuencia su sufrimiento reaccionando en forma de espasmos convulsivos.

Esta vulnerabilidad de los centros nerviosos de los niños de poca edad, merece fijar la atención de una manera especial.

Es una exageración hacer intervenir sólo esta vulnerabilidad. Las convulsiones pueden aparecer sin que se modifique el estado anatómico de los elementos nerviosos. Para motivar la frecuencia de estas convulsiones *sine materia*, se ha invocado siempre la excitabilidad del sistema nervioso en la edad temprana, y además la falta de ponderación ejercida por los centros superiores sobre los bulbos espinales.

La hiperexcitabilidad es muy verosímil. Pero al decir hiperexcitabilidad, se indica una observación más que una explicación.

La influencia moderada que los centros superiores ejercen sobre los centros subyacentes, parece innegable, pero las dificultades surgen en cuanto se intenta precisar cómo y en qué grado se ejerce esta influencia.

Por discutido y mal conocido que sea todavía el aparato nervioso de los reflejos motores, como el del tonus muscular y de los reflejos tendinosos, puede afirmarse, sin embargo, que no es en el niño recién nacido lo que será después. No sorprenderá, por lo tanto, la predisposición desigual á las convulsiones reflejas en las diversas edades.

¿Es admisible la opinión de los que sólo atribuyen á la substancia cortical un papel moderador de los centros bulbomedulares, tanto que las funciones de estos centros se modifican y exaltan antes de establecerse ó después de suprimirse la acción de los centros corticales? Aun sin profundizar este asunto, creo conveniente manifestar que el supuesto estado espasmódico de todos los niños recién nacidos, y sobre todo de los nacidos antes de

tiempo, estado espasmódico que es preciso admitir si se adopta esta opinión, no está tan demostrado como indican Bednar, Babinski, Soltmann y Hochsinger. Las afirmaciones de estos autores que pretenden que los recién nacidos presentan cierto grado de contractura muscular y una vivacidad especial del reflejo tendinoso, no son aceptadas por la mayor parte de los que han estudiado este asunto.

Hay siempre anomalías de la movilidad ó de los reflejos; es necesario no apresurarse á atribuirlas al retraso del desarrollo del sistema corticopiramidal, porque se han referido muchas observaciones de anencéfalos cuya movilidad era correcta en absoluto, y en los que existían movimientos impulsivos reflejos y asociados (respiración, llanto, deglución, succión, etc.), análogos por completo á los de los niños normales.

En el primer período de la existencia, es en definitiva el aislamiento completo ó relativo de los centros bulbomedulares el que constituye la inferioridad y, por lo tanto, el peligro. El aparato de los reflejos sensitivomotores es todavía incompleto. Correctísimo en las porciones terminadas, es suficiente en los casos ordinarios y se adapta, hasta de un modo maravilloso, á las funciones que le están encomendadas; pero llega de la periferia una excitación demasiado intensa ó anormal y hay desarreglo de las funciones que se revela por la actividad local de los músculos de la vida de relación, á veces, al contrario, por la suspensión brusca, momentánea ó definitiva de los movimientos respiratorios ó cardíacos.

Mas todos los niños no se comportan igual en circunstancias idénticas. Las causas determinantes no ejercen todas la misma influencia. No hay trastorno morboso ante el cual la idiosincrasia se confirme de una manera tan notable como ante los espasmos convulsivos. Hay niños de pecho que tienen convulsiones por la causa más insignificante, trastorno de la digestión, acceso ligero de fiebre, impresión moral, etc. Es indudable que la infancia es la edad de las convulsiones y que hay facilidad extremada para padecerlas; es el triste patrimonio de cierta categoría de niños.

II. Consecuencias. — Uno de los problemas más importantes que deben resolverse respecto á la eclampsia infantil, es la del porvenir reservado á los niños que han padecido convulsiones. Resulta, en efecto, de documentos numerosos que se encuentran con frecuencia en los antecedentes personales de los epilépticos, ataques eclámpsicos en los primeros años de la vida.

¿Cuál es el lazo que une la epilepsia con las convulsiones de la infancia? La respuesta es dificilísima.

Algunos niños manifiestan una gran tendencia á las convulsiones. Esta *aptitud convulsiva* se revela por la facilidad con que los individuos (de ordinario degenerados) padecen accesos epileptiformes consecutivos á ciertas intoxicaciones ó infecciones.

Estas epilepsias heterotóxicas, autotóxicas ó infecciosas, son análogas por completo á la eclampsia infantil ordinaria. Es lógico admitir que el sujeto que en su primera infancia ha presentado esta reacción epiléptica fácil, continuará durante toda su vida presentándola. Hasta es verosímil, según admite Joffroy, que esta aptitud favorezca la explosión de los accesos epileptiformes sintomáticos de lesiones materiales de los centros nerviosos (tumor, sífilis cerebral, foco hemorrágico, ateroma, etc.).

Otra segunda categoría de hechos se explica también al parecer de un modo muy lógico. Nos referimos á las convulsiones infantiles que son resultado, no de una simple irritación completamente efímera de los centros nerviosos, sino de un proceso inflamatorio ó distrófico que ha dejado una reacción material definitiva, lesión como las que pueden provocar una intoxicación intensa ó algo prolongada, y sobre todo, una enfermedad infecciosa. Sabemos cuán frecuentes son las lesiones poco importantes que se encuentran á la autopsia de enfermos que se creían afectados de epilepsia idiopática, engrosamiento de las meninges, focos de encefalitis, indicios de hemorragias meníngeas, etc.

El carácter esencial de la eclampsia de los niños de pecho y el de la epilepsia, admitido antes por todos, tiene todavía partidarios; aunque cada día aumenta el número de casos en que este carácter esencial falta, es imposible hoy borrar definitivamente del cuadro nosológico la eclampsia infantil y la epilepsia, neurosis.

Si el porvenir conserva el carácter esencial de estos trastornos nerviosos, ¿deberá fusionarse, como hacen ciertos autores, la eclampsia infantil y la epilepsia ordinaria y asimilarlas por completo una á otra?

Para los casos en que hay realmente continuidad de marcha entre la neurosis convulsiva de los primeros años y la que la sigue, esta opinión es al parecer difícil de combatir. La semejanza de la expresión clínica en los dos casos, la analogía de las causas etiológicas, es demasiado absoluta para oponer argumentos fundados. Pero esta marcha es tan excepcional, que la legitimidad de semejante asimilación es muy sospechosa. Entre los accesos convulsivos de la infancia y el principio de la epilepsia, transcurre de ordinario un intervalo de bastantes años.

Aunque muchos epilépticos han sido convulsivos en su infancia, es necesario no olvidar también que muchos niños han padecido convulsiones frecuentes é inexplicables, y sin embargo, no padecen después epilepsia.

Admito la sucesión posible y frecuente de los dos estados patológicos, pero los creo distintos y unidos sólo entre sí por los lazos indicados. Lo que digo de la epilepsia puede aplicarse á otros estados neuropáticos, y en particular al histerismo.

Se han invocado siempre las convulsiones como causa de estrabismo y se citan con frecuencia en muchos casos. Pero según Cabannes, se las da demasiada importancia. Parece más verosímil creer que las convulsiones y el estrabismo nacen en terrenos preparados por manchas nerviosas, sobre todo de los ascendentes. Las tendencias neuropáticas del individuo tienen, en la etiología del estrabismo, más valor que las convulsiones consecutivas también á estas mismas tendencias.

III. Tratamiento. — Como las convulsiones se manifiestan casi siempre en los niños como un incidente agregado á un estado patológico ya constituído, el médico necesita luchar contra la enfermedad causal. Sin embargo, el incidente tiene en la especie un carácter siempre grave, y es preciso ocuparse también de la terapéutica del acceso convulsivo.

Los baños tibios simples ó de infusión de tila, se han recomendado con razón por muchos paidópatas. Sea cual fuere el estado patológico en el curso del cual se presentan las convulsiones, padecimientos del aparato pulmo-

nar, de los riñones, fibre eruptiva en preparación ó en desarrollo, estos baños no ejercen efecto funesto alguno. La acción diurética del baño se asocia ventajosamente á su acción calmante. El baño puede durar una hora y hasta dos.

Los baños fríos ó frescos son también utilísimos. Estos baños, igual que la envoltura en la sábana mojada, se emplean de una manera especial contra las convulsiones que sobrevienen en el curso de una infección con fiebre alta, ó cuando el termómetro se eleva en exceso á causa de accesos subintrantes.

Los baños fríos no deben preferirse á los tibios si no hay elevación excesiva de la temperatura del enfermo. Las analogías de los escalofríos y de las convulsiones, de índole refleja, son demasiado evidentes para no temer la excitación producida sobre la piel por un frío brusco.

La refrigeración de la cabeza es, al parecer, un complemento útil de los baños. Es preciso emplearla siempre que se administren éstos bien, aplicando compresas frías sobre el cráneo y la frente, ó vertiendo agua gota á gota sobre la cabeza del niño. La aplicación permanente de hielo parece muy racional.

La cloroformización es, al parecer, uno de los procedimientos más eficaces para moderar los ataques eclámpsicos ó contenerlos. Las inhalaciones se han prolongado, en ciertos casos, hasta sesenta horas. Deben emplearse siempre las inhalaciones moderadas. En cuanto vuelven á presentarse las convulsiones, se vierten algunas gotas de cloroformo en un pañuelo y se hacen respirar al enfermo los vapores clorofórmicos mezclados con cierta cantidad de aire. El éter puede utilizarse de la misma manera.

Trousseau aconsejaba la compresión de las carótidas. Nada autoriza á recomendar este procedimiento como aplicable á todos los casos. El uso permitirá conocer cuándo es útil.

Las emisiones sanguíneas se han aconsejado principalmente para luchar contra la congestión venosa cerebral, que se revela por cianosis de la cara y repleción de las venas.

La sangría está indicada cuando se temen convulsiones, en relación con un estado inflamatorio de las meninges, y sobre todo, en el caso de eclampsia urémica.

El papel de la autointoxicación en la génesis de las convulsiones, legitima muchas veces la extracción de cierta cantidad de sangre. La gran analogía de ciertos casos de eclampsia infantil con la del embarazo, legitiman esta práctica.

Algunos médicos aplican sanguijuelas sobre las apófisis mastoides. El pié y la pierna son los sitios más convenientes para aplicar sanguijuelas en los niños, porque puede ocurrir que la sangre no salga en abundancia, y en este caso se emplea agua caliente para favorecer su salida; si sale, por el contrario, en abundancia, es posible contenerla aplicando una venda.

Las inyecciones de suero artificial están, al parecer, indicadas cuando se sospecha que las convulsiones son debidas á una intoxicación, una autointoxicación ó una toxi-infección; obran lavando la sangre y favoreciendo la eliminación de las substancias convulsivas por el emunctorio renal. Están contraindicadas en absoluto cuando se sospecha que dependen de tubérculos cerebrales ó de meningitis tuberculosa.

Las inhalaciones de oxígeno se hallan indicadas en muchas circunstancias: cuando las convulsiones son producidas por anoxhemia, como en las estenosis laríngeas, la tos ferina, la bronconeumonía, la enfermedad azul, etcétera, y también cuando la asfixia se hace inminente á causa de la repetición de los accesos que dificultan la respiración.

Cuando las convulsiones se prolongan, cuando el niño queda en un estado comatoso, ciertos paidópatas acostumbran á recurrir á la revulsión, sobre todo por los baños sinapizados. Su utilidad es muy dudosa.

Como medio revulsivo inofensivo, pero quizá también algo anodino, Monteunis aconseja el empleo de las medias mojadas. Toda la pierna se envuelve en una toalla, que se moja en agua fría y se rocía después con agua de colonia ó vinagre, y encima se aplica una franela gruesa.

En los casos de espasmo de la glotis, si la apnea se prolonga y hay peligro de asfixia ó de síncope, se impone, por el contrario, la revulsión inmediata y enérgica; la flagelación de las nalgas, la aspersión de agua fría sobre la cara ó el pecho. Marfan aconseja, á ejemplo de Vogel, introducir un dedo en la boca hasta tocar la epiglotis, para provocar el vómito y determinar una inspiración profunda; pero recomienda, sobre todo, las tracciones rítmicas de la lengua, maniobra que debe enseñarse á los padres para conjurar un peligro repentino.

Los medicamentos llamados antiespasmódicos, en voga en otro tiempo, óxido de zinc, beleño, valeriana, etc., se han abandonado hoy por completo; el almizcle ha caído en el mismo descrédito. Cuanto al opio, muy empleado en Inglaterra, y la atropina, recomendada por Steiner, son peligrosos.

El cloral, el bromuro de potasio y la antipirina, prestan, en cambio, grandes servicios. El cloral se emplea de ordinario á dosis fraccionadas, cada quince ó treinta minutos:

Recién nacidos, de 3 á 5 centígramos;

Niños de pecho, de 5 á 15 centígramos;

Niños de dos á seis años, de 20 á 30 centígramos.

Estas dosis, que han sido aumentadas por algunos prácticos, como Barthez, Ellis, etc., deben conservarse, según otros. Si es necesario recurrir á la vía rectal, puede doblarse la dosis; J. Simon aconseja 5 centígramos para un enema de 60 gramos, en los niños de tres á seis meses.

Según Le Gendre y Comby, la administración de este medicamento está contraindicada en absoluto en el caso de cianosis con asfixia.

Las bromuros tienen una acción quizá menos inmediata, pero tan eficaz como el cloral, y son recomendados por casi todos los paidópatas.

Los bromuros y el cloral se asocian con frecuencia en el tratamiento de las convulsiones infantiles. West y Blachez empleaban el bromuro por el día y el cloral por la noche.

Monteunis ha empleado la antipirina en enemas; 10 á 20 centígramos en 5 ó 10 gramos de agua, dosis que puede repetirse dos ó tres veces si es necesario. Sabemos que los niños toleran de ordinario muy bien este medicamento, pero no debe emplearse si no hay seguridad absoluta de la integridad del aparato renal.

La punción lumbar de Quincke, practicada con un fin diagnóstico, si se sospecha una meningitis bacterica ó serosa, puede ser un medio terapéutico

para luchar contra las inflamaciones de las meninges y sus consecuencias.

El médico no ha terminado su obra, una vez curada la convulsión. No sólo necesita continuar el tratamiento de la enfermedad que ha provocado la crisis eclámpsica, sino que debe también comprender la significación de un incidente nervioso que indica las tendencias morbosas del niño. La aptitud convulsiva está desenmascarada; es preciso hacer todo lo posible para contener sus progresos.

(*Gaz. hebdomadaire de med. et de chirurgie*).— F. Toledo.

(*Continuará*).

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 27 *de Mayo de* 1902.

Etiología de la lepra en el Sudan.—El Dr. *T. J. Tonkin* se ocupó de los factores etiológicos importantes que hacen persistir la lepra en el Sudan. Esta enfermedad se propaga por contagio mediato, y los vestidos sirven de vehículos. El género de vestidos es adecuado para tal objeto. Se componen de tiras estrechas que se cosen para formar una sola pieza, y rara vez se lavan. Los ricos usan trajes nuevos, y cuando se ensucian los venden ó regalan; un mismo traje es usado sucesivamente por varias personas, algunas de las cuales pueden padecer lepra. La picadura de un mosquito ó algún arañazo ocasionado por la irritación debida á los piojos, determina una excoriación á través de la cual penetra el bacilo en las depresiones foliculosas y glandulares de la piel, donde se oculta. Cuando disminuye lo suficiente la vitalidad de los tejidos, son invadidos. La alimentación deficiente en elementos nitrogenados, es una causa predisponente de la lepra. El Dr. Tonkin cree que no es esta la única causa predisponente; pueden obrar otras causas desfavorables que debilitan la resistencia que oponen á los bacilos los tejidos.

Lepra en la Colonia del Cabo y en el Natal. — El Dr. *J. Hutchinson* leyó un trabajo sobre este asunto. De sus observaciones saca la conclusión de que la lepra era casi desconocida en el Africa del Sur, antes de la ocupación de Dutch; los primeros casos se observaron en malayos de Java, que habían establecido una factoría de pesca en la ciudad del Cabo; la pesca salada y el arroz eran los alimentos principales de los malayos y de sus criados los hotentotes, cuando se observó primeramente la lepra. Los primeros casos recayeron en individuos que residían á 20 millas de la ciudad del Cabo, y que indudablemente no se habían expuesto al contagio; la enfermedad se propagó después poco á poco por todo lo que es hoy territorio inglés, incluso el Estado libre y el Transvaal, y recientemente ha cruzado el Drakensberg, extendiéndose hasta el Natal. Ataca de preferencia á la gente del campo, y es rara entre los habitantes de las ciudades que se alimentan mejor. En la Colonia del Cabo, la mayor parte de los casos son al parecer *de novo*. En los Kraals del Natal hay motivos para creer que la enfermedad es comunicada de una persona á otra, en particular á los niños de poca edad; la rareza é irregularidad con que esta transmisión ocurre, hace suponer que no se pro-

duce por inhalación ni por inoculación cutánea. Hay motivos para creer que la transmisión se produce comiendo alimentos directamente de la mano de un leproso, contaminados por secreciones que contienen el bacilo vivo. Se ha propuesto llamar «comensal» á este modo de transmisión. Parece probable que en la Colonia del Cabo, los casos nuevos han sido debidos al uso de la pesca salada, mientras que en el Natal la comunicación «comensal» se ha producido con más frecuencia. En este último país, la lepra fué transmitida por algunos naturales que vinieron á trabajar á la Colonia del Cabo, y contrajeron la lepra por comunicación comensal ó por comer pesca salada. Las dos hipótesis explican de un modo satisfactorio varias dificultades referentes á la lepra: la falta de propagación en los países civilizados y su irregularidad é inseguridad, aun entre los menos cuidadosos; la frecuencia con que la padecen los niños de poca edad; el padecerla, aunque no en la misma proporción los dos sexos; la extensión ligera de la enfermedad sin (en el caso del Africa del Sur) un gran foco.—(*British. med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del dia 7 de Mayo de 1902.

Tumor de los genitales externos en una mujer.—El Dr. Th. Landau: Aquí presento una mujer de cincuenta y nueve años, que tiene un tumor enorme en sus órganos genitales externos. Esta mujer había estado siempre sana, ha parido tres hijos, y desde hace quince años ya no tiene la regla. Hace veinte años es cuando por primera vez notó la existencia de un tumorcito en el labio mayor izquierdo, tumor que fué creciendo sin ocasionar ninguna molestia. Pero éstas se presentaron últimamente por el hecho de desarrollarse muy á menudo úlceras y supuraciones en la superficie del tumor. En la actualidad, desciende éste hasta las rodillas, aparece cubierto de una piel normal que está provista de pelos y se inserta con un pedículo ancho en la región del pliegue inguinal y en el monte de Venus. La consistencia es bastante blanda, pero el tacto no descubre ninguna prolongación bien marcada del tumor en el conducto inguinal.

No me atrevo á afirmar cuál será la naturaleza del tumor; creo, sin embargo, que es lo más probable que se trate de un fibrolipoma ó bien de un lipoma procedente de una porción de epiploón que se hubiese herniado.

Dislocación congénita de la cadera.—El Dr. Joachimsthal: Las investigaciones modernas y en especial la radiografía, nos han enseñado que en los casos de dislocación congénita de la cadera, la cavidad cotiloidea es menos profunda que en los casos normales y que no está separada del agujero obturador por una pared limitante. En el fondo de dicha cavidad se ven protuberancias, y dicho fondo no es transparente. Algunas veces se puede descubrir en el nuevo asiento de la cabeza del femur, una especie de cavidad cotiloidea. La cresta ilíaca está más elevada, la mitad respectiva de la pelvis es más pequeña y la sínfisis está dislocada hacia el lado sano. La cabeza del femur está atrofiada, y el ángulo existente entre dicha cabeza y el

cuello es menor que en circunstancias normales. Schede ha llamado en estos últimos tiempos la atención acerca de la posición sagital (anteroposterior) del cuello del femur.

La cápsula está dilatada; en la cavidad cotiloidea propiamente dicha, existe una dilatación sacciforme á manera de bolsa de coche (Lorenz), la cual está unida por medio de una porción tubular con la parte que rodea á la cabeza del femur.

Yo creo, lo mismo que algún otro autor, que en el niño lo primitivo es una relajación de la cápsula en ambas articulaciones, y que después, con motivo de una causa ocasional se produce en un lado una dislocación, que en algún caso quizá se desarrolle durante la misma vida intrauterina.

Respecto al andar vacilante tan característico en estos enfermitos, mis estudios confirman la explicación que de este fenómeno ha dado Trendelenburg. Según este autor, el cambio de situación que experimenta el gran trocánter por virtud de la dislocación, es causa de que la dirección de las fibras de los músculos glúteos mediano y menor se modifique de tal modo, que estos músculos ya no pueden entrar en funciones, y por lo tanto, ya no pueden fijar la pelvis. De aquí que al apoyarse el sujeto en el lado enfermo se incline la pelvis hacia el lado sano, y en cambio, la parte superior del cuerpo se desvíe hacia el lado enfermo para poder conservar el equilibrio. Este fenómeno es tan importante para el establecimiento del diagnóstico como para la apreciación del resultado terapéutico.

El mismo fenómeno se observa en los casos en que por estar doblado ó encorvado el cuello del femur, también está dislocado hacia arriba el trocánter mayor, así como igualmente en los casos de parálisis de los glúteos mediano y menor, consecutiva á la poliomielitis anterior.

Una vez que por medio de las maniobras adecuadas se ha conseguido reponer la cabeza del femur en la cavidad cotilóidea, se coloca el apósito enyesado manteniendo el miembro en abducción forzada y en rotación hacia afuera, y fijando al mismo tiempo la cabeza del femur por medio de una presión ejercida desde atrás y arriba. El acortamiento del miembro se compensa por medio de una suela de corcho que tenga la altura suficiente. A los tres meses, poco más ó menos, se quita el vendaje y se deja que el niño vaya recobrando por sí sólo la movilidad del miembro. En mi entender, no hay necesidad de mantener fijo este último por más tiempo. Lo que sí importa es practicar después el examen radiográfico, con el objeto de poder repetir las maniobras de reposición si fuesen de nuevo necesarias.

El Dr. Perl: A juzgar por los hechos observados por Karewski, entiendo que el plazo de tres meses es suficiente, generalmente, para la fijación del miembro, pero que hay casos en que no basta. Creo del caso insistir en las dificultades con que á veces se tropieza para vencer una posición sostenida en contractura, y también me parece conveniente llamar la atención acerca de la seguridad que ofrece el procedimiento de reposición no cruento, si se compara con el método que ha dado á conocer hace poco tiempo G. Müller, y cuyos resultados todavía no han sido sometidos á comprobación.

El Dr. M. David: Confirmo los buenos resultados obtenidos por G. Müller. Soy también de los que creen que basta un plazo de fijación muy corto para conseguir buenos resultados.

El Dr. Joachimsthal: El medio más seguro de prevenir el desarrollo de una contractura, consiste en no sostener por mucho tiempo la inmovilización.

Laringe de un sujeto que sucumbió de piohemia.—El Dr. Halle: En el caso de que procede esta preparación, la puerta de entrada de la infección piohémica había sido un vasto flemón periproctal, que si bien es cierto que se detuvo en su marcha mediante la intervención de que fué objeto, no por eso se pudo evitar el desarrollo ulterior de la infección general. En el curso de ésta se presentó un edema de la glotis sumamente graduado, aunque, por fortuna, unilateral. La autopsia demostró la existencia de una pericondritis purulenta de los cartílagos de la laringe y del hioides, formación de abscesos en la cara exterior de la laringe, y una infiltración muy graduada en la cara interior de la misma.

Divertículo esofágico por distensión. —El Dr. Halle: Una mujer cuyo estado de nutrición era sumamente deplorable, tenía un tumor en el cuello, que se hacía mayor en el momento de la deglución, era compresible y provocaba violentos dolores cada vez que tragaba la enferma. El tumor se hubiera podido operar muy bien; sin embargo, la paciente no quiso consentir en ello, y cuando, por fin, se resolvió á hacerlo, era ya tan pronunciada la inanición, que no se podía pensar en semejante intervención quirúrgica. La autopsia comprobó la existencia de un divertículo esofágico, que cuando se distiende por insuflación alcanza las dimensiones del puño de un adulto.

Otitis media de origen gripal.—El Dr. Halle: Aquí presento una preparación procedente de un sujeto que padecía otitis media de origen gripal, la cual por de pronto mejoró con la paracentesis. Una semana después se presentó de nuevo con violentos dolores de cabeza y fiebre, síntomas que reconocían por causa una mastoiditis. Con el escoplo se puso al descubierto el antro, operación que produjo una mejoría muy transitoria. En vista de la gravedad de los síntomas, se pusieron también al descubierto el seno y la fosa craneal media, sin que á pesar de ello se hubiese podido encontrar un foco purulento. Se practicó entonces la operación radical, y con ella se comprobó que la porción petrosa del temporal estaba infiltrada de pus en su totalidad. Este pus procedía de una cavidad que, pasando por encima de la carótida interna, y siguiendo un conducto fistuloso, se llegó á abrir, con lo lo cual salió repentinamente una gran cantidad de pus de la profundidad de la herida; pero no fué posible penetrar más, porque lo impidió la aparición de una hemorragia muy copiosa. A pesar de haber puesto al descubierto dicha cavidad, el enfermo sucumbió de meningitis á los cinco días, demostrando la autopsia que la cavidad ocupaba todo el tercio anterior de la pirámide del peñasco, y que, perforando la porción basilar del hueso esfenoidal, se continuaba con el seno de este mismo hueso. Desde este punto, el proceso había pasado á la dura madre en la fosa craneal anterior. Hacia atrás y en la fosa craneal media, la dura madre estaba intacta. Los nervios facial y acústico estaban reblandecidos.

Se trataba, por lo tanto, de un empiema agudo del seno esfenoidal, consecutivo á la gripe, que se había abierto en las partes adyacentes, y que había ocasionado los destrozos de que hemos hecho mérito. El empiema no se diagnosticó en vida del enfermo, porque cuando éste se me presentó los sín-

tomas del aparato auditivo dominaban el cuadro morboso, y en la única exploración que hice de las fosas nasales, no me fué posible descubrir la existencia de pus. Conviene, por lo tanto, pensar en la posibilidad de esta contingencia cuando nos encontremos en presencia de un caso de este género.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Terapéutica de la corea. — El Dr. Comby se ha ocupado de este asunto en una de las últimas sesiones de la Sociedad Médica de París. Aconseja emplear el tratamiento siguiente en los niños:

Reposo absoluto en el lecho, durante quince días, cuando menos. Aislamiento relativo, pocos juegos en compañía de otros niños, nada de trabajo intelectual, reposo cerebral y físico. Alimentación especial: nada de vino ni de bebidas alcohólicas ó excitantes; régimen lácteo si es bien tolerado, ó por lo menos bebidas acuosas y régimen vegetal. En caso de tratamiento enérgico por el arsénico ó la antipirina, el régimen lácteo es de rigor.

Durante nueve días consecutivos el niño tomará dosis crecientes y decrecientes, de licor de Boudin en un julepe gomoso, á cucharadas de dos en dos horas, ingiriendo inmediatamente una taza de leche. Para los jóvenes de ocho á quince años se principiará por 10 gramos de licor de Boudin, aumentando cada día 5 gramos hasta 30 y volviendo al punto de partida de igual manera. Para los niños de menos edad se principiará por 5 gramos y no se excederá de 20 á 25 por día.

Si en vez de arsénico se emplea la antipirina, se hará tomar cada día al enfermo tantas veces 50 centígramos como años tenga, sin fraccionar las dosis (1 gramo cada vez de dos en dos ó de tres en tres horas). El tratamiento debe ser corto (nueve á doce días). — (*Le Bull. médical*). — F. TOLEDO.

Utilidad de combinar la cura de unciones mercuriales y el uso de las aguas sulfurosas en el tratamiento de la sífilis.—En el último Congreso de la Sociedad balneológica alemana, el Dr. Axel Winckler trató del tema enunciado en el epígrafe, insistiendo mucho en las grandes ventajas de asociar la cura de unciones con el uso de las aguas sulfurosas, en el tratamiento de la sífilis, y sobre todo de las formas malignas de ésta. Para explicar químicamente de qué modo la combinación del tratamiento mercurial y de las aguas sulfurosas permite hacer pasar á través del organismo grandes cantidades de mercurio y destruir de ese modo el virus sifilítico, sin ocasionar intoxicaciones ni provocar salivación ni otros síntomas tóxicos, supone que los hechos se realizan del modo siguiente: Primeramente, por virtud de la oxidación del sulfuro sódico, se forma hiposulfito sódico, el cual, al ponerse en contacto con las combinaciones mercuriales que encuentra á su paso en el organismo, reacciona de tal modo que se forma una sal doble y soluble, á saber: un hiposulfito de mercurio y de sodio, el cual se descompone con mu-

cha lentitud, dejando en libertad azufre y sulfuro de mercurio y formándose al mismo tiempo sulfato ácido de sodio y el hiposulfito, también ácido del mismo metal. Estas dos sales ácidas, al ponerse en contacto del carbonato alcalino de los líquidos del organismo, se convierten en sales neutras. La causa de que la unción combinada se tolera mejor que la cura mercurial simple, es por lo tanto, que permite impregnar el organismo de una sal doble, relativamente inofensiva, soluble, que circula con mucha facilidad, que penetra en todos los tejidos, y que, por último, también se desdobla con mucha lentitud. Gracias á estas particularidades, se puede hacer que durante muchas semanas actúen grandes cantidades de mercurio con una energía uniforme sobre el virus sifilítico. El autor entiende que esta circunstancia tiene mucho más valor aún que la falta de síntomas flogísticos en las mucosas bucal é intestinal, por más que este hecho sea una ventaja no despreciable de la cura combinada.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

Nuevo tratamiento de la meningitis cerebro-espinal epidémica. — El doctor C. França emplea con éxito un nuevo tratamiento de esta afección en el Hospital Amelia de Lisboa. Consiste en practicar repetidas veces la punción lumbar extrayendo cantidades de líquido cefaloraquídeo superiores á las aconsejadas. En los niños ha llegado á extraer hasta 75 cent. cúb. en una sesión. Operando con una aguja de pequeño calibre y sin aspiración, los fenómenos que sobrevienen no son graves y se reducen á dolores á veces fuertes, en la región frontal y á la aceleración del pulso; estos accidentes tardan poco en desaparecer y son seguidos casi siempre de sueño tranquilo. Después de extraer la mayor cantidad de líquido cefaloraquídeo posible, inyecta en el conducto raquidiano substancias antisépticas que es en lo que consiste la novedad del tratamiento. Ha usado con este objeto el lisol y el oxicianuro de mercurio; del primero 3 á 11 cent. cúb. de una disolución al 1 por 100 y del segundo 1 á 2 milígramos según las edades. Las inyecciones de lisol, las más empleadas producen en algunos enfermos una sensación dolorosa, fugaz en los miembros inferiores, á la que sigue un bienestar notable. Las de oxicianuro ocasionan fenómenos dolorosos de más intensidad, por cuyo motivo es preferible el lisol. En los casos de meningitis purulenta las inyecciones deben ser precedidas de lavatorios del conducto raquidiano con suero fisiológico. Si el pus es muy concreto se introducen dos agujas en espacios intervertebrales distintos para formar una corriente doble hasta que el líquido sale casi sin copos purulentos. Acto continuo practica la inyección de lisol ó de oxicianuro de mercurio. Los resultados son satisfactorios.

(*Rivista portugueza de medicina é Cirugia praticas*).— F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTAS SOBRE LA INTUBACIÓN LARÍNGEA

POR EL

DR. LUCIANO BARAJAS

Oto-rino-laringólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid y de la Clínica Operatoria del Carmen.

Es tan preciso el conocimiento técnico de la *intubación laríngea* para el médico que se encuentra aislado en el trabajo profesional, que debe ponerse en estrecha relación con la misma cuando se halle convencido de la imperdonable responsabilidad en que recae si no evita una positiva desgracia con su consciente ineptitud, nacida más que de la falta de condiciones de saber, del temor de arriesgarse á lo desconocido, el cual no pudo vencerse por una enérgica voluntad.

Estos mismos no dejarían sucumbir pasivamente á un individuo por hemorragia ó accidente semejante, sin que por cualquier medio que estuviera á su alcance investigasen el punto origen de aquel accidente hasta vencer en la lucha, ó en el caso de ser vencidos, quedarles la tranquilidad de haber agotado cuantos medios aconseja el deber profesional.

De igual modo debemos considerar los casos en que hallamos indicada la intubación laríngea, sin que por eso no sea preciso limitar las indicaciones de este proceder con honrada imparcialidad, sin entablar lucha apasionada con la traqueotomía, como hasta la fecha se viene haciendo, pues aunque ésta pueda haber sido más ó menos censurada como indicación terapéutica, principalmente en la difteria, de igual modo lo hubiera sido la intubación laríngea en semejantes casos, si no hubiera traído en su marcha triunfal el suero de Roux, á modo del amuleto de la Rana la Diosa Higuit de

los egipcios, que pretendían volver la vida á los cadáveres sobre quien se colocaba.

No he de relatar, por tanto, cuanto se relaciona con las indicaciones generales y técnicas de esta operación, y solamente para corresponder al epígrafe de este trabajo, he de manifestaros mi opinión en aquellos especiales casos en los que la intubación laríngea puede estar ó no indicada, según la evolución de algunos hechos acaecidos en mi práctica, que apartándose completamente de los incluídos en el cuadro general, son por esta causa de mayor utilidad su conocimiento.

Una serie de casos especiales en los que he confirmado la utilidad de la intubación laríngea, ha sido para tratar las recidivas de los tumores papilomatosos laríngeos.

Esta indicación enunciada por uno, cuyo nombre no me ha sido posible recordar, hizo que emprendiese mis investigaciones, llegando hasta la fecha á utilizar 12 enfermos: Todos ellos habían sido operados de sus tumores por mí y por otros compañeros en diferentes ocasiones, empleando los procedimientos intralaríngeos corrientes, habiéndose reproducido todos ellos varias veces con tanta mayor rapidez cuantas más fueron las tentativas quirúrgicas.

Habiendo comenzado nuestras experiencias empleando sesiones de dos horas, *tres* han necesitado siete sesiones, á *cuatro* les fueron necesarias nueve sesiones y *dos* después de doce sesiones sin conseguir nada, fué preciso indicarles la necesidad de la laringofisura que se practicó en uno de ellos que hoy está curado, y la otra era una mujer que desapareció, y según creo, está asilada en un hospital y traqueomizada. Los tres restantes, también han desaparecido sin haber podido continuar, por tanto, su observación.

La referencia de estos casos prueba evidentemente la utilidad del procedimiento.

Sin pararnos á razonar sobre las histogenesis que haya podido presidir á estas detenciones evolutivas de las papilas, podemos desde luego aceptar tres acciones principales en la intubación : 1.ª Acción mecánica de roce, á semejanza del procedimiento, por fortuna desusado de Voltotini y Schaffer, sobre la destrucción de los papilomas por el tratamiento con esponjas endurecidas. 2.ª El reposo del órgano ; y 3.ª, la isquemia producida por la compresión del tubo en la laringe, faltando, por consiguiente, á la mucosa las condiciones de vitalidad de la misma. Este influjo llega en ocasiones á manifestarse tan sensiblemente que han hecho de él un argumento

en contra de la intubación á consecuencia de las lesiones tróficas, determinadas por la presencia del tubo en la laringe en los procesos de dicho órgano consecutivos á las fiebres eruptivas, en los que el metabolismo orgánico de la mucosa se halla altamente perturbado y que ha dado lugar, como digo, á que haya vivas discusiones sobre la utilidad ó el perjuicio que acarrea en estos casos la intubación laríngea, recordando como una de las discusiones más importantes, la ocurrida en el año de 1900 en la Sociedad de Pediatría de París entre los Dres. Netter y Josías que la desechaban, contra Richardière y Baltchazard que la defendían, si bien reconociendo ambos sus peligros y la necesidad de traqueotomizar en algunos casos.

La otra serie de observaciones por mí apuntadas y que contraindican la intubación, son de muy seria y capital importancia, pudiéndonos solamente servir de ella, para ampliar la base del diagnóstico y emplear en el tratamiento desde luego como único y eficaz recurso, la traqueotomía, desechando en absoluto la intubación tanto por inútil como por peligrosa.

Entre los enfermos por mí observados, puedo poner de manifiesto uno que encuadra perfectamente en el concepto que me hace fundar la anterior afirmación.

El día 20 de junio de 1900, fuí llamado urgentemente por dos distinguidos compañeros para practicar la traqueotomía á una niña de dos años escasos. A mi llegada la enferma estaba mejor, su respiración se había normalizado, su voz aunque disfónica, hacía percibir sus sonidos, no había infartos parotídeos y la temperatura era normal. Los compañeros llenaron el historial refiriéndome que después de llevar la niña tres ó cuatro días con malestar general, menos apetito y algún decaimiento, comenzaron bruscamente accesos de sofocación violenta, repetidos frecuentemente sin que en el período interparoxístico quedara completamente bien.

Los accesos se repetían cada vez más violentos, por lo que llamaron al Dr. Roca, de quien es de todos sabido su competencia en estos asuntos, el cual procedió á practicar la intubación laríngea que realizó con toda felicidad. A pesar de ello, la enfermita desde aquel momento, los accesos espasmódicos bronquiales acompañados de tos violenta, sofocación y algún vómito, complicaron la situación al extremo de ser ésta más angustiosa que antes. Sacado el tubo por si fuese una obstrucción del mismo la causa de las nuevas molestias se vió que estaba limpio volviéndolo á colocar de nuevo, y repitiéndose los fenómenos de la manera antes indicada, haciéndose por

tanto preciso retirarle definitivamente, siendo este el momento en que se me buscó, y que como ya indiqué, hube de encontrar tan mejorada la enfermita que los padres se opusieron por el momento á que se practicara la operación, encargándose el desenvolvimiento lento del proceso de poner en tela de juicio la necesidad de nuestra intervención, pues tenía la niña espacios de seis y ocho días en los que el ruído laríngeo era pequeñísimo, no siendo esto un obstáculo para que de repente se presentaran los fenómenos asfíticos anteriores y me llamaran urgentemente para desistir de nuevo de toda intervención por haber cedido aquel estado alarmante.

Molestado por esta incertidumbre y teniendo que ausentarme de Madrid, encargóse otro compañero de especialidad, el cual también sufrió la misma peregrinación que yo, hasta un período en el que se acentuaron tanto los fenómenos laríngeos en unión de otros muy característicos en los procesos meníngeos, que sobrevino un violento ataque de asfixia y terminó con la vida de la enfermita antes de que llegara el compañero para socorrerla.

Este caso, recordándome algún otro semejante, me hace pensar en la grave contraindicación de la intubación laríngea en las estenosis producidas por lesiones en sus centros motores.

Se hacen precisos algunos recuerdos ligeros sobre la inervación laríngea, para sentar conclusiones.

El estudio anatomofisiológico de la inervación laríngea ha sido tan discutido y de tan remota fecha estudiado, que ya Galeno (siglo II), describió una importante rama anastomótica que une entre sí á los dos nervios laríngeos y pretendió determinar sus funciones en su obra *De voce ex anhelitu*, estudios aquellos tan firmes como su gloria, puesto que Vesalio (siglo XVI), á pesar del interés especial de todos los hombres del Renacimiento que procuraron desvirtuar los trabajos hechos por los de la Escuela de Alejandría, no pudo rebatirlo ni tampoco su adversario el peripatético Alejandro de Daucas, copiándolo por fin Nicolás Massa y confirmándolo Eustaquio y Willis.

Después, inspirando este asunto el mismo interés, hace que Exnér del Instituto Fisiológico de Viena describa nuevas ramas nerviosas intralaríngeas, mostrando entre ellas una que viene del nervio faríngeo procedente del vago á más de otras anastomóticas desconocidas hasta este momento, y Pflüger describa á su vez ramas centrípetas del recurrente confirmadas experimentalmente por Burkardt. Modernamente, Claudio Bernard y Jollivet, dan á conocer sus famosos trabajos sobre los orígenes y funciones distintas de las raíces

del recurrente procediendo unas del espinal y otras del neumogástrico, continuación por tanto, de los trabajos iniciados por Longet á mediados del siglo pasado y confirmados también por Phillipeaux y Vulpian, admitiendo la duplicidad de sus funciones.

Dentro del terreno clínico y basándose en la observación laringoscópica, las parálisis laríngeas son anómalas cual las de ningún otro órgano, pues tan sólo un músculo dilatador (crico-aritenoideo posterior) determina por ellas estrecheces laríngeas violentas, oponiéndose por tanto, á la acción opuesta de los adductores que son todos los músculos restantes en número muy superior.

Para interpretar esta paradoja, Semon y Rosembach adujeron condiciones especiales y distintas en los músculos; Krishaber considera estas oclusiones de la glotis producidas por espasmos, y no por parálisis, y en caso de ocurrir ésta en el músculo dilatador, sería por causa miopática, nunca central.

El Dr. Gouguenhein fué quien primero afirmó (1883), que una parálisis del dilatador combinada con espasmo de los constrictores era la causa de la asfixia, asegurando Krause (1884), que los signos atribuídos á la parálisis uni ó bilateral de los adductores pertenecía en realidad á una contracción primitiva de una ó de las dos cuerdas vocales. «La ligadura regularmente apretada del recurrente en un perro provoca fenómenos espasmódicos convulsivos clónicos de la laringe, aumentando la potencia de adducción de las cuerdas vocales» (1). Además, «la gran duración de este estado de contracción para el recurrente como para los demás nervios, se explica por lesiones periféricas, por ejemplo, las contracciones espasmódicas provocadas por CUERPOS EXTRAÑOS y otros traumatismos y se explicaría á consecuencia de LESIONES CENTRALES como las contracciones de las hemiplegías por la irritación inflamatoria y degeneración gris de las fibras nerviosas de transmisión.

Este sumarísimo apunte sobre la inervación laríngea, y la sola enunciación de los resultados obtenidos en las investigaciones científicas, cumplen el objeto que me proponía en este escrito, que no fué otro sino el de obtener consecuencias muy dignas de consideración en casos semejantes al últimamente referido, deduciendo conclusiones que guíen nuestro criterio clínico y nos eviten el ser sorprendidos por acontecimientos inesperados.

Primera. En consonancia con la importancia del órgano, ya

(1) Krause: *Archiv f. Pat. Anat.*, t. XCVIII. Berlín, 1864.

desde tiempos remotos se ha procurado indagar su anatomía nerviosa llegándose á demostrar que el nervio recurrente tiene dos orígenes diversos, y que la inervación motriz de la laringe es muy complicada, pues independientemente del ramo de Galeno, existen numerosas anastomosis entre los laríngeos superiores é inferiores.

Segunda. En conformidad con lo dicho por Krause, toda lesión ó estímulo constante del recurrente en la periferia ó en su centro, provoca contracción y que la parálisis y atrofia consecutiva son fenómenos secundarios solamente.

Tercera. Si después de *bien* practicada la intubación y comprobado que no existen lesiones más inferiores que las laríngeas, no cesan las molestias angustiosas, y en cambio persisten ya determinando una tos convulsiva que arroja el tubo ó ya espasmos traqueo-bronquiales que agravan la situación, podemos suponer que al llegar el estímulo periférico ocasionado por el tubo de O'Dowyer, á los *centros receptores* alterados por un latente proceso, éste responde estimulando el tronco nervioso fundamental, entrando por ello en contractura el terreno inervado por sus cuatro filetes terminales y por sus infinitas anastomosis.

Cuarta. Que resultando por tanto contraindicada la intubación y presentándose insólitamente el fenómeno espasmódico-laríngeo mientras más lentamente evoluciona la lesión central, urge *traqueotomizar* á estos enfermos á pesar de las intermitencias tan bonancibles como engañosas, y

Quinta. Que estos datos pueden servirnos para pensar en los trastornos serios que pueden estarse fraguando en los centros motores y que independientemente de la laringe probablemente acarrearán un funesto desenlace.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN UNA FRACTURA TRANSVERSAL DE LA RÓTULA

POR

DON EDUARDO PÉREZ CANO

Doctor en Medicina y Cirugía. Almería.

Trátase de un individuo de buena constitución, de treinta y nueve años de edad, obrero de una fábrica y llamado G. Herrada, el que á consecuencia de una caída, se produjo la fractura transversal de la rótula derecha. Ingresó en el Hospital Provincial de esta localidad el mismo dia de lesionarse, siendo destinado á la Clínica de cirugía de urgencia, donde, sometido por el Profesor encargado de él á la debida exploración, pudo observarse:

La pierna derecha en semiflexión, integridad de la piel de la rodilla, una depresión transversal en la porción media de la rótula, que aumentaba en la flexión y disminuía en la extensión, se limitaban perfectamente los fragmentos superior é inferior de la rótula, los que eran dislocados y separados á voluntad, dolor moderado en la articulación en reposo, exacerbándose al ser movida, imposibilidad de levantar el talón y dolor en la articulación de la rodilla al intentarlo, notándose asimismo alguna fluctuación debida al derrame de sangre intraarticular.

Con la interpretación racional de estos síntomas, era claro y evidente que se trataba de una fractura transversal de la rótula derecha, y acto seguido surgió el pensar cuáles debían ser los medios de tratamiento que se habían de emplear, siendo desechados todos aquellos procedimientos de inmovilidad del miembro, ya por vendajes ó aparatos por todos conocidos, y que dan resultados poco satisfactorios, pues al unirse los fragmentos lo hacen siempre por la interposición de una substancia fibrosa y nunca ósea, que aumenta y alarga la rótula, dando origen á dificultad en los movimientos de extensión y flexión de la pierna, determinando en ocasiones casi la completa impotencia funcional, producida más de una vez por la atrofia del triceps femoral.

Estos motivos, á más de otros, nos decidieron á optar por la reunión directa de los fragmentos, seguida de la movilización precoz y amasamiento; el procedimiento para llevar esto á cabo tenía que

ser la sutura directa de los fragmentos ó la circunvalación de la rótula, decidiéndose por esta última por ser más fácil y exigirlo así el caso presente, la que se llevó á cabo previa la anestesia clorofórmica, empleando los medios asépticos y antisépticos que estos casos exigen, cuya técnica operatoria se llevó á cabo del modo siguiente: Se trazó un colgajo cutáneo de convexidad inferior, que puso al descubierto, una vez disecado y levantado, la parte anterior de la rótula, encontrándose ésta fracturada en su tercio inferior, existiendo una separación de sus fragmentos de poco más de un centímetro, dejándose ver el interior de la articulación llena de coágulos sanguíneos, siendo éstos extraídos por medio de una corriente tenue de agua templada y perfectamente esterilizada, limpiándose después la articulación con compresas de gasa aséptica, procediéndose inmediatamente á circunvalar la rótula con hilo de plata algo grueso, llevando esto á cabo tal como lo aconseja Lejars en su *Tratado de cirugía de urgencia*, es decir, pasando el hilo de plata todo alrededor de la rótula por entre el espesor de las fibras del tendón y ligamento rotuliano, quedando así comprendida la fractura entre los dos extremos del hilo, tirándose acto seguido de los extremos ó cabos, consiguiéndose así la completa aproximación de los fragmentos, procurando de este modo su coaptación regular.

Retorciendo después un extremo del hilo con el otro, dando así fuerza y consistencia á esta reunión, quedando incrustados en el borde interno de la rótula, saturando después con catgut el tejido fibroperióstico que se encontraba roto por la fractura, á punto por encima, quedando así perfectamente cubierta ésta, procediéndose á suturar el colgajo cutáneo, lo que se llevó á cabo con la crin de Florencia, se aplicó una cura aséptica alrededor de la rodilla, colocando después una gotiera enyesada, que se extendía desde el tercio superior de la pierna al inferior del muslo en su parte posterior.

Transcurrieron doce días desde que se operó hasta el levantamiento del apósito sin haberse notado en el enfermo en este lapso de tiempo ni dolor en la pierna ni reacción febril, pues la máxima que marcó el termómetro fué 5 décimas más que la normal; estuvo sometido los primeros días á dieta láctea y después á una alimentación de carne, leche y huevos.

Levantado el apósito, se notó que el colgajo cutáneo estaba perfectamente adherido sin existir síntoma alguno inflamatorio, siendo la coloración de la piel normal, se quitaron los puntos de sutura, volviendo á cubrir la articulación de la rodilla con un trozo de gasa

antiséptica y un trozo de algodón hidrófilo, y todo sujeto con una venda.

Desde este día empezó á hacérsele masaje en todas las proximidades de la expresada articulación, acompañado de algún ligero movimiento, prudentemente hecho en el sentido de la flexión y extensión, pudiendo conseguir que á los veintidós días comenzara á andar, acompañado de una muleta, siendo dado de alta á los veintinueve de su ingreso en el hospital, pudiendo verificar los movimientos normales de la rodilla sin aquejar molestía alguna ni cojera en la marcha.

Transcurrido un mes de su salida del hospital, se presentó una mañana á la visita externa manifestando que hacía algunos días sentía le pinchaba el hilo de plata de la sutura. Dado el oficio de nuestro operado, no nos extrañó que en algún movimiento brusco los extremos del hilo se destorcieran y produjera molestia en las partes blandas.

Ingresó nuevamente en este establecimiento, procediéndose á extraerle el hilo que constituía la circunvalación de la rótula, puesto que la reunión ósea estaba perfectamente consolidada, operación que se llevó á cabo haciendo una pequeña incisión de poco más de un centímetro al nivel del borde interno de la rótula y encontrando en este sitio los extremos del hilo de plata, se desdoblaron éstos, y cogiendo uno de ellos con una pinza de Pean y tirando de él, salió sin inconveniente alguno, terminándose la operación con un punto de sutura en el centro de la herida causada, permaneciendo después de esto cuatro días más en el hospital, siendo dado de alta en perfecto estado, no sufriendo á la progresión ninguna clase de molestias.

La intervención quirúrgica llevada á cabo en este caso ha dado un resultado tan satisfactorio, que nos servirá de enseñanza en lo sucesivo y nos hará apartarnos siempre que podamos de los antiguos procedimientos é intervendremos quirúrgicamente, huyendo siempre de la inmovilidad prolongada de la articulación, que suele dar funestos resultados.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Aforismos sobre la higiene de la primera infancia, por el Dr. D. Francisco Vidal Solares. Barcelona, 1902.

II. Reconocimiento de bebidas y alimentos, por D. Lucio López Arrojo. Madrid, 1900.

III. La mortinatalidad en Palma durante un cuarto de siglo, por D. Enrique Fajarnés y Tur. Palma de Mallorca, 1900.

IV. El alcoholismo en Asturias, memoria premiada por el Excmo. Ayuntamiento de Oviedo, por D. Arturo Buylla y Alegre. Oviedo, 1901.

V. Indicaciones y contraindicaciones de las aguas de Royat, por el doctor H. Lanssedat. París, 1902.

VI. L'Embryologie en quelques leçons, por el profesor Ch. Debierre. París, 1902.

VII. Tratado de enfermedades de los niños, por el Dr Luis Unger, traducción de la tercera edición alemana, por el Dr. Gil Saltor y Lavall. Barcelona.

I

Condensar en forma aforística los consejos más útiles para vencer las dificultades que entraña la dirección higiénica de la primera infancia, no es cosa fácil de llevar á efecto más que por aquellos clínicos viejos en la especialidad y con seguridad bastante en sus juicios, basados en una práctica llevada á cabo con ciencia y cuidado de aprovechar la dilatada observación sobre determinado asunto. Por eso estas cuestiones de síntesis profesional que necesitan reunir aquellas condiciones, solamente pueden ser tratadas con garantía de éxito por especialistas de la práctica del Dr. Vidal Solares, que sienten las necesidades de mejorar la cultura de quien sea responsable de los accidentes que pueden ocurrir durante la primera infancia. Piensa, sobre todo, en la madre, directora y responsable del desenvolvimiento del niño, y á ella dirige consejos higiénicos, convencido de las ventajas que reporta su cumplimiento.

Al ocuparse del régimen del niño, estudia las diferentes clases de lactancia y de la higiene de la nodriza, los primeros cuidados que han de prestarse al recién nacido, su muerte aparente, los vestidos y limpieza, el peso, la cuna, la habitación, el sueño, las aplicaciones hidroterápicas, el ejercicio, la vacuna, la dentición, el destete, los

accidentes de la primera infancia y los medios de expresión de los niños, y por último, consigna la curva gráfica (Soutils) del desarrollo fisiológico del niño desde el primer mes de su nacimiento hasta los dos años de edad.

Encontramos este trabajo de lo más claro, conciso y útil que hemos leído en asuntos de esta índole, y por lo tanto, recomendable por tantos conceptos.

II

Constituye esta monografía un capítulo muy interesante de la bromatología, escrito con gran acierto, pues además de la claridad en la exposición, está desarrollado de modo tan conciso que fácilmente se aprovecha cuanto en él consigna su autor.

Describe los principales alimentos y bebidas y su reconocimiento en los casos de pureza, así como en los de falsificación y sofisticación. Es, en nuestro juicio, un trabajo útil que recompensa los esfuerzos del autor, á quien felicitamos cordialmente.

III

Fácilmente se comprende la importancia del asunto que se trata en esta Memoria, pues los estudios demográficos están llamados á ocupar un lugar preferente en la atención de los higienistas, tanto más si son, como éste, poco tratados hasta la fecha y de gran utilidad, pues las causas más seguras de la mortinatalidad en las poblaciones son frecuentemente conocidas, y es preciso atacarlas con perseverancia para evitar el decrecimiento de las poblaciones y las enfermedades que las originan. A esto tiende el trabajo del Dr. Fajarnés, basado en una bien entendida estadística y de lo más completo que se ha publicado hasta la fecha.

IV

Esta temible enfermedad social, estudiada por sociólogos é higienistas bajo todos sus aspectos, ha sido, y por desgracia será todavía, motivo de preocupación por los estragos que causa en el individuo, en la familia y en la sociedad. Son, por lo tanto, laudables todos los esfuerzos encaminados á educar á la sociedad de modo tal, que comprendiendo en todo su valor los efectos del alcoholismo, se vaya desterrando poco á poco, para beneficio de la salud física y moral, base de engrandecimiento de los pueblos.

Trabajos como el del [illegible] que aspira á este fin y cumple

con gran acierto los medios para conseguirlo, merecen el aplauso de la sociedad en general, que debe unirse al premio justamente otorgado por el Excmo. Ayuntamiento de Oviedo.

V

Escrita en castellano se ha publicado una Memoria relativa á estas aguas mineromedicinales que brotan en esta población de Francia. En ella se da cuenta de los cuatro manantiales gaseosos alcalinos mixtos, clorurosódicos, ferruginosos arsenicales litinados; de ellos tres son termales. Las indicaciones en los reumáticos, las anemias, enfermedades cutáneas de los artríticos, etc., según las propiedades de sus componentes, son objeto de estudio, así como las condiciones de *confort* en que pueden usarse.

No es España pobre en aguas mineromedicinales y con frecuencia se publican trabajos parecidos al actual, suscritos por personalidades de gran cultura que los dirigen, pero del extranjero no es frecuente leer análogos al actual, en el cual en términos concisos y en nuestro idioma se describen con claridad cuanto se relaciona con estas excelentes aguas mineromedicinales.

VI

Es innegable el interés que tienen para la Medicina los estudios de embriología, de los que á veces se deducen ideas de gran importancia para la etiología de procesos morbosos. Además, es la base del conocimiento de la organización humana é indispensable de poseer por los que se dedican á estudios de biología. Por eso, trabajos como el presente, en los que con precisión y claridad se desarrollan cuestiones importantes de esta materia, son útiles y se acogen con aplauso por la clase médica.

VI

Es difícil, al escribir un Tratado sobre determinada materia, y mucho más si de la *Pediatría* se trata, hoy que tanto ha avanzado esta especialidad, reunir la claridad y concisión al exponer, con la perfección y exactitud en la presentación de cuadros patológicos, que necesitan estar calcados en la verdad científica, expuesta sin apasionamientos de ninguna clase.

Así nos parece la obra del Dr. Unger, la cual conceptuamos de utilidad indiscutible para los que deseen orientarse en el estudio de las enfermedades de la infancia.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 28 de Abril de 1902.

Parálisis ocular asociada con hemitemblor del lado derecho. — El Dr. Salas y Vaca: El caso que tengo el gusto de presentar, pertenece á un grupo de síndromes que con frecuencia se presentan en el sistema nervioso cuando lesiones pequeñas interrumpen el orden funcional de un territorio motor, produciendo excitaciones ó déficit funcionales en porciones de fisiologismo conocido. Esta manifestación somática, en relación siempre con la zona afectada, ofrece un campo de observaciòm patogénica, susceptible á veces de completarse cuando la necropsia pone de manifiesto lesiones que responden de ordinario á un cuadro clínico bien definido.

El camino que de lo patológico nos lleva á lo anatómico, es el utilizarle el mayor número de veces en el sistema nervioso por el mero hecho de que la enfermedad limita lo que la experimentación no puede separar; gracias á este medio, nos son hoy conocidos multitud de centros corticales y bulbomedulares, orígenes de los diferentes conductores motores y estación de llegada de los sensitivos; por este procedimiento han sido resueltos los grandes problemas de localización, y el único indudablemente que pudiera desvanecer las dudas que se encierran en el caso que tengo el gusto de presentaros.

S. M., de tres años de edad, con buen estado de nutrición, se presenta en nuestra consulta del Hospital del Buen Suceso, el 20 de marzo de 1902. Sin antecedentes de herencia, refiere la madre que ocho días antes del último carnaval, sufrió un sarampión regular, exento de complicaciones, y terminando por una convalecencia franca, en la cual, y con motivo de un susto, presentóse una fiebre de tipo vespertino, en la que dominó el estreñimiento y que terminaba con algún sudor; esta fiebre desapareció á los seis días para ser sustituída por un *temblor hemilateral derecho con desviación ocular hacia la izquierda.* Lo objetivo de su síndrome consiste: en un estrabismo convergente del ojo derecho y divergente del izquierdo, sin serle posible el movimiento asociado hacia la derecha. Los movimientos de elevación y descenso, son nulos en el ojo izquierdo, casi inapreciables los diagonales, estando por lo tanto, perdida la excursión del ojo, menos en sus movimientos de abducción: esta inmovilidad se acompaña de midriasis paralítica faltando el blefaroptosis. El ojo derecho francamente en adducción que cuando se exagera, dirige su pupila un tanto hacia arriba como indicando la contracción del recto superior que se une á la del recto interno; el oblícuo menor parece íntegro, como también el gran oblícuo que de ocurrir algo en él, sería cierto grado de paresia. La convergencia es difícil explorarla; la visión es normal.

El hemitemblor, afecta el lado derecho *excepto la cara;* es de oscilaciones

regulares, disminuye con el reposo, exagerándose el movimiento voluntario sobre todo en el brazo. Los reflejos y la sensibilidad íntegros.

Se trata, pues, de un síndrome de *parálisis ocular asociada hacia la derecha* (recto interno izquierno y externo del derecho), *parálisis del motor ocular común con midriasis paralítica del ojo izquierdo, y acompañado todo de hemitemblor del lado derecho.*

Manifestaciones paralíticas en el territorio de la inervación estrínseca de ambos ojos, con excitación hemilateral, responde á perturbaciones funcionales de los motores oculares y del manojo piramidal; siendo preciso para la dilucidación diagnóstica, recordar siquiera brevemente el origen y trayecto de estos conductores de motilidad.

Es un hecho hoy demostrado que casi todos los nervios de nuestra economía tienen su representación en la corteza del hemisferio; se sabe también, que el entrecruzamiento es ley á la que se escapan pocos nervios, siendo algunos de los motores oculares, los que forman excepción de esta regla general. Siendo tan voluntarios los movimientos oculares, la razón tiene que concederle participación cortical á la inervación estrínseca del ojo; idea corroborada por los repetidos casos de parálisis oculares que respondieron á lesiones en la corteza; estos centros son de asociación, que á semejanza de lo que en la laringe ocurre, son de función bilateral, ordenando el de cada hemicerebro, el movimiento de los músculos asociados tal como los laterales y los de elevación y descenso de ambos globos oculares; la función de cada hemisferio tiene que ser doble, pues no somos dueños de elevar y deprimir cada uno de los ojos simultáneamente.

En el lóbulo parietal del hemisferio, tienen su asiento los centros que nos ocupan, y en toda la extensión de la circunvolución parietal inferior, están repartidos los centros sensoriomotores de los motores oculares y raíz externa del espinal. Esta localización se tiene por cierta desde Grasset; queda corroborada por Cherot mediante un caso de lesión en el parietal inferior, que en vida presenta parálisis asociada en el lado opuesto; y afirmada por la multitud de observaciones de Tilling de oftalmoplegias pseudo bulbares por lesión de la tercera parietal.

Los centros bulbares son más conocidos; proceden de la segmentación nuclear de la columna motora posterior del bulbo, y están representados por colecciones celulares vecinas del acueducto de Silvio; estos núcleos son independientes para el gran oblícuo y el recto externo, pero los del tercer par forman una columna en la que han descubierto núcleos parciales, que contados de delante hacia atrás, son: 1.°, inervación intrínsica; 2.°, recto interno; 3.°, recto superior; 4.°, elevador; 5.°, pequeño oblícuo, y 6.°, gran oblícuo.

Las fibras de proyección que unen la corteza con estos centros, son algunas directas y otras cruzadas; y aquí empiezan las digresiones teóricas. Son directas hasta los tubérculos cuadrigéminos anteriores siendo su marcha intracerebral por la cápsula externa, pasando por la superficie externa del núcleo lenticular y acompañadas de las fibras supranucleares del facial superior. En los nates, enlazan con neuronas intermediarias que van á los núcleos reflejos; solamente las correspondientes á la abducción son las destinadas á cruzarse como veremos.

Desde Duval, se viene admitiendo la necesidad de un filete anastomósico entre el tercero y sexto par, que con el nombre de errático del primero, garantice el movimiento de asociación lateral de las miradas; ningún observador ha encontrado tal rama; que si fuera precisa para cada uno de los movimientos asociados, no existiría en el bulbo un filete, sino una ancha vía, difícil de escapar á nuestros medios modernos de investigación.

La inutilidad de admitir estas anastomosis se demuestra en el trabajo de entrecruzamiento motor de la visión del Dr. Marquez, al que recurre para explicar el síndrome de nuestro enfermo. En este trabajo conocido de todos, se demuestra que la neurona intermediaria de los rectos externos es cruzada, y la de los internos directa; idea que se robustece por la opinión de Bach que afirma que todo el motor ocular común es directo, menos las fibras que se unen á la parte posterior de un núcleo reflejo que como dejamos dicho, pertenecen al pequeño oblicuo. El cruzamiento periférico del oblicuo mayor está demostrado y con esto tenemos, directo, lo correspondiente á la adducción y cruzadas las vías que originan el movimiento opuesto. Como la relación de cada hemisferio con su tubérculo cuadrigémino correspondiente es también directa, vemos que la relación de cada hemisferio con cada uno de estos movimientos asociados, es directa para la adducción, y cruzada para la abducción. Dadas estas ideas preliminares, tenemos mucho adelantado para resolver el

Diagnóstico anatómico.—Los síntomas de excitación en el sistema nervioso, pueden alguna vez ser debidos á alteraciones funcionales, pero si á ellos se asocian los paralíticos, es lógico pensar en lesiones anatómicas, que en caso de síndrome como el que tenemos á la vista, es más propio pensar en una sola lesión capaz de explicarlo; todo lo que no sea esto, es admitir pseudosíndromes, que con mencionarlos, se excluye en idea. El de nuestra enferma responde á una lesión de la corteza ó del pedúnculo. La primera, aunque explicaría el temblor por excitación de los territorios peirrolándicos, ó por destrucción del centro que Grasset asigna al temblor; la midriasis por la representación cortical del esfínter irídeo de que recientemente se ha hablado, existe un síntoma que niega esta localización, y es, la asinergia entre la parálisis del recto superior izquierdo y la integridad del derecho.

La lesión en la cápsula externa se acompañaría de la parálisis del facial superior, y faltaría la excitación del haz motor por encontrarse á distancia.

En el pedúnculo, aunque las polioencefalitis agudas se acompañen de las más raras parálisis oculares con excitación del manojo motor del pié, se eliminan, porque en ellas la terminación es siempre funesta. El síndrome de Weber (parálisis del músculo ocular común con hemiplegia del lado opuesto) con mencionarlo se elimina. Pero en el pedúnculo mismo, esta clase de lesiones producen á veces la excitación en vez de hemiplegia, dando origen al síndrome de Benedit, *que por presentarse en nuestro enfermo un poco atípico*, falta la parálisis del hipogloso facial, etc., de que á veces se acompaña. Esta es la única localización posible corroborada por la anatomía del pedúnculo, pues una lesión puede muy bien afectar el núcleo ó fibras intrapedunculares del motor ocular común izquierdo, que es directo, lesionando al mismo tiempo la neurona intermediaria del sexto par, que se cruza, excitando el manojo piramidal del lado contrario.

La compresión del pedúnculo traería más complejidad de síntomas; esta misma causa en la base, afectaría al motor ocular común ya formado, y se acompañaría del blefaroptosis, y traería consigo el cortejo de síntomas difusos propios de estas localizaciones.

En este enfermo, tal como lo observamos, huelga todo diagnóstico que no se funde en lesión excitante y paralítica á la vez.

En la naturaleza del proceso encontramos más dudas que en la localización, pero como en estos casos intervienen más bien fenómenos vasculares, en ellos pensaremos para dilucidarlo.

Las causas meníngeas que produjeron la compresión, las hemos eliminado al hablar del diagnóstico de sitio. La esclerosis cerebromedular en placas, pudiera en nuestro caso haberse presentado en la forma de síndrome de Benedit; pero las lesiones vasculares explican mejor la forma aguda en un proceso post infeccioso. La patogenia electiva que poseen las infecciones sobre los vasos, da margen á pensar en una endarteritis productora de los fenómenos paralíticos por isquemia del territorio; pero para explicar los de excitación, se me ocurre pensar en que este proceso inflamatorio, acarreando la debilidad de las túnicas arteriales en el pedúnculo, haya dado ocasión á una ectasia vascular, tras de la obstrucción arterial que comprime el manojo motor y explique la excitación.

El no estar consignado este caso en la literatura médica que he podido consultar, justifica y disculpa las digresiones teóricas que la necropsia sólo puede resolver de un modo definitivo.

El Dr. Márquez: Este caso demuestra una vez más las íntimas relaciones existentes entre la Medicina general y las especialidades ó entre unas y otras de éstas, hasta el punto de que es difícil dilucidar á cuál pertenece.

En afecciones del sistema nervioso hay que pensar siempre en el diagnóstico de *sitio* y en el de *naturaleza*. El de *localización* es á veces bastante claro, otras dudoso, y muchas imposible; el presente es de los que se prestan á dudas. En efecto, veamos el síndrome de nuestro enfermo: hemitemblor (1), desviación conjugada de los ojos hacia la izquierda por parálisis *clara y repetidamente comprobada* de los músculos que llevan la mirada hacia la derecha (es decir, del recto externo derecho y del recto interno izquierdo), midriasis del ojo izquierdo y parálisis de todos los demás movimientos de este ojo á excepción del de abducción y del de elevación del párpado superior. Se notaba además, en algunas ocasiones, que en el movimiento de elevación del ojo derecho, la pupila se desviaba hacia arriba y adentro. En estas condiciones, el diagnóstico, por lo que á la afección ocular se refiere, era una oftalmoplegia que afectaba en el lado izquierdo á todo el motor ocular común, menos el elevador del párpado, y al motor ocular externo del lado opuesto. En cuanto al movimiento hacia arriba y adentro del ojo derecho, podía interpretarse por una parálisis ligera del oblícuo mayor (que lleva el ojo hacia abajo y afuera) ó por una contractura del recto superior (que le lleva hacia arriba y adentro). Me inclino más á lo primero por dominar los fenómenos de parálisis. Ya con estos datos, en el diagnóstico de localización, lo primero que hay que pensar, dadas las alteraciones motoras de una mitad

(1) Al tiempo de corregir las pruebas se ha convertido en una hemiplegia típica.

del cuerpo, es en una lesión hemisférica del lado opuesto, pero la existencia de las parálisis oculares imprime al caso un sello especial.

Aunque los movimientos oculares, por lo que tienen de voluntarios, tengan su origen en la corteza, no creo que su localización esté hoy lo suficientemente determinada para fundar en ella un diagnóstico de sitio, sino que como sucede en general en el sistema nervioso, son las lesiones comprobadas por la autopsia, en relación con los síntomas que el individuo presentó durante la vida (método anatomoclínico), las que poco á poco van haciendo la fisiología y la patología, á la inversa de lo que suele suceder en los demás órganos y aparatos.

Con muchas probabilidades creemos que la lesión es peduncular y que se trata de un *síndrome de Benedikt* atípico, pues además del hemitemblor y de la parálisis alterna con el del motor ocular común (parcial en este caso) hay la parálisis del recto externo del otro ojo y tal vez la del oblícuo mayor. La distribución de los síntomas creo que se explica bien con mi esquema que ha citado el Dr. Salas y que mi insigne maestro Cajal hizo el honor de publicar en un trabajo mío para su *Revista Trimestral Micrográfica.*

Respecto á *naturaleza*, las dudas son aún mayores. Puede tratarse de una esclerosis en placas, que por lo variable de sus localizaciones puede simular todos los síndromes y puede muy bien, de acuerdo con el Dr. Salas, consistir en trastornos vasculares por la brusquedad del comienzo y por el antecedente del sarampión.

El tratamiento le creo muy precario, porque la lesión interesa fibras y células delicadísimas que al destruirse lo hacen para siempre.

El Dr. *Mansilla* manifiesta que siente mucho no participar de la misma opinión que el Dr. Salas en cuanto al diagnóstico de la enfermita que nos presentó en la sesión anterior.

Todos los síntomas motores que observó en la niña, lejos de considerarlos como de naturaleza paralítica, los cree de índole espasmódica. Cree que se trata de una hemicorea ocasionada por un susto en una niña de tres años convaleciente de un sarampión.

El temblor de las dos extremidades derechas reviste los caracteres que corresponden al corea.

Cuanto á los síntomas oculares, los que ha podido observar son : la desviación conjugada hacia la izquierda y la midriasis izquierda.

La desviación conjugada en este caso consiste en que ambas pupilas miran hacia la izquierda. Pero esta posición no es tan fija que los globos oculares no puedan dirigirse hacia la línea media, invitando á la niña á mirar un objeto situado de frente, si bien rápidamente vuelven á su posición conjugada.

No pudo observar en la niña la parálisis del recto superior, del recto inferior, del oblícuo menor, del elevador del párpado (ptosis), del lado izquierdo, músculos inervados también por el motor ocular común.

La desviación de ambos ojos hacia la izquierda, la explica, mejor que por una parálisis del recto externo derecho y del recto interno izquierdo, por la contractura de los antagonistas de éstos, es decir, del recto interno derecho y del recto externo izquierdo.

La contractura de estos dos músculos determina la dirección del ojo de-

recho hacia adentro y la del izquierdo hacia afuera, con lo cual ambos ojos dirigen sus pupilas hacia la izquierda.

Para determinar con mayor precisión si los músculos oculares se encuentran paralizados ó contracturados, cree conveniente se practique la exploración de ellos por medio de la cocaína. Anestesiado el ojo, se coge la conjuntiva en varios puntos y se hacen tracciones para apreciar la resistencia que oponen los músculos cuando se imprimen al globo ocular movimientos en dirección opuesta á la que dichos músculos tienden á ejecutar. Así se aprecia si dicha resistencia es la normal que ofrecen los músculos, si falta dicha resistencia, como sucede cuando un músculo está paralizado ó existe una resistencia enorme, como ocurre en los casos de contractura.

Cuanto á la midriasis del ojo izquierdo, lejos de considerarla como un fenómeno dependiente de una parálisis del motor ocular, cree que debe considerarse como la manifestación de un espasmo del músculo dilatador de la pupila, producido por la irritación del centro cilio-espinal de la médula. Esta es la opinión de Rosenthal y de otros autores que han observado la midriasis acompañando al corea. Por lo demás, la midriasis es un síntoma muy frecuente en la corea, sobre el cual han insistido casi todos los autores que han escrito sobre esta enfermedad, citándose muchos casos en los cuales la midriasis no era uniforme en ambos ojos.

En resumen, el caso presentado por el Dr. Salas le creé como de hemicorea, no creyendo que exista lesión alguna en los centros motores correspondientes á los nervios que se distribuyen en los músculos afectados. Por lo demás, es un caso notable por lo acentuados que se encuentran en él la midriasis unilateral, la desviación conjugada y por encontrarse limitadas á un solo lado los trastornos motores de las extremidades. La Academia debe agradecer al Dr. Salas que la haya dado ocasión de observar un caso de corea que se separa de los que generalmente se observan, permitiendo estudiarle tanto á los médicos por ser enfermedad de su preferente competencia, como á los oftalmólogos, por lo acentuadas que en dicho caso se encuentran las manifestaciones oculares.

El Dr. Salas y Vaca: Doy las gracias al Dr. Márquez por su intervención, que corrobora en un todo mi idea, y que gracias á sus trabajos sobre inervación ocular, podemos resolver, según he manifestado, el problema de localización. Respecto á la duda del sitio anatómico de los motores oculares de la corteza, no hay motivo para tenerla, porque todas las observaciones inducen á considerarlo en la parietal inferior. Por lo demás, el Dr. Márquez me ha prestado un concurso en la exploración, que, gracias á él, formé el juicio que he tenido el gusto de exponer. El estar libre de la parálisis el pequeño oblícuo, autoriza á pensar que lo está el oblícuo mayor, siendo la pupila desviada por la contracción del recto superior.

El Dr. Mansilla se muestra tan en desacuerdo, que saca por los pelos, á fuerza de inútiles citas, un proceso de hemicorea, señalando la frecuencia entre ellas de un cuadro como el presentado por nuestra enferma; supone, lo que es parálisis ocular, un fenómeno de contractura, explicándose por este hecho la midriasis del ojo izquierdo.

Yo traje la enferma á esta Academia, para que se explorase con el cuidado que el Dr. Mansilla no empleó seguramente cuando hace esta afirmación; la

enferma está á su disposición, pero tengo que defender mi diagnóstico (aunque con sólo ver la enferma es suficiente), manifestando lo siguiente:

1.° Que estas formas de coreas, aunque excepcionales, en nada se parecen al caso que yo presento; si por contractura se desvían los globos oculares, esta desviación no es tan permanente como la paralítica, de la que tengo certeza por haber explorado la enferma *repetidas veces*, valiéndome de objetos que por agradar á la niña seguía con la mirada en el dominio de los músculos normales; se trata, por tanto, de una *indiscutible parálisis*. La nota que mi digno objetante copia de Ziemssen, la conozco, y sé que el mismo autor da como rara la midriasis, y me atrevo á decir que como excepcional la unilateral en los casos de corea, porque el centro íleo-espinal es de función doble, y al afectarse se extiende su acción á ambas pupilas: estas midriasis unilaterales responden á lesiones del rami recurrente medular, que por medio del simpático inerva las fibras radiadas del íris.

2.° El segundo argumento niega en absoluto el diagnóstico del Dr. Mansilla, que por abandonadas que tenga las cuestiones de neurología, tiene por demás seguro, que defiende una falsedad; me refiero al *temblor*, que nada se parece al coréico; el de nuestra enferma es *rítmico*, *de pequeñas oscilaciones*, es *intencional*, que por el hecho de exagerarse al movimiento voluntario, se aparta del todo del coréico, en el que precisamente la orden voluntaria lo modifica y á veces lo hace desaparecer accidentalmente; además, son rarísimos los casos de hemicorea, que aunque poco, no intervenga la gesticulación mímica; en nuestra enferma falta esta importantísima participación.

El Dr. Mansilla hace resucitar la rama errática de anastomosis entre el tercero y sexto par; en la exposición ya hemos dicho lo suficiente de tan gratuíto filete. Niega á los motores oculares su representación cortical, ¡arreglados estaríamos si el mirar no fuera voluntario!; la representación cortical está demostrada y hasta su localización anatómica. Dice que admitir estas parálisis es ir al terreno de las oftalmoplegias: de ningún modo como formas nucleares; que son bilaterales, simétricas, más completas, de curso crónico y progresivo; todo lo contrario de nuestro caso.

Por último, recurre al susto como factor etiológico del proceso de nuestra enferma, y olvida que padeció un sarampión.

Creo con esto suficientemente defendido mi diagnóstico, que aunque no hubiera contestado á su objeción, estaba en el ánimo de todos. Yo cumplo honradamente en esta ocasión, ofreciendo al Dr. Mansilla el caso, y á esta Academia el dar cuenta de mi sucesiva observación y de lo nuevo que la enfermita presente.

PERIÓDICOS

Acetonemia infantil. — En la *Revista de Medicicina y Cirugía*, de Barcelona, publica el Dr. A. Pí y Suñer, el siguiente caso:

«La acetonemia, con su consecuencia la acetonuria, por la cual aquélla se diagnostica, aparece en buen número de casos sin que se conozca su causa inmediata. El niño está, al parecer, sin trastornos digestivos de ninguna

clase, gástricos ni intestinales y, de noche generalmente, comienza á vomitar.

Estos vómitos son muy rebeldes: duran cuatro ó cinco días y hasta una semana; si falta el dato uroquímico, el médico, por examen superficial los atribuirá seguramente á estados de indigestión. La acetonemia explica su origen, y el análisis de la orina es lo que hace indudable el diagnóstico. A veces los acompañan trastornos del ritmo respiratorio y aún en ocasiones apunta el edema pulmonar.

Yo he visto un caso típico que se sujetó á todas las condiciones morbosas descritas. Tratábase de una niña de dos años, hija de artrítico y prematuramente destetada á la que se alimentaba siguiendo un régimen casi exclusivamente carnívoro. Pasó vomitando seis días, sin que agente terapéutico alguno pudiera dominar definitivamente la situación; se conseguían treguas, pero transcurridas unas horas, á pesar de la insistencia en el tratamiento, el vómito reaparecía.

Este, más intenso al principio de la enfermedad (día hubo—el segundo—en que se contaron quince accesos) fué menguando en fuerza y frecuencia pasadas las primeras cuarenta y ocho horas.

Al día sexto desapareció, quedando, empero, el estómago más excitable que lo normal, pues muchas veces la ingestión de alimento, leche, era seguida de regurgitación, y en dos ocasiones de vómito. Dentro de la semana completa evolucionó en su totalidad el trastorno.

La respiración fué en los primeros días acelerada y en algunos momentos arítmica; faltó el edema pulmonar.

En la orina no se hallaba glucosa, pero sí una cantidad importante de acetona que disminuyó al compás de los vómitos; la urea sostúvose entre 21 y 23 gramos diarios; no fué posible medir la cantidad de nitrógeno total, y por lo tanto, el coeficiente de oxidación.

La criatura, por su corta edad y escasa resistencia, quedó bastante abatida. No es dudoso que en los casos de larga duración el vómito acetonémico puede hacerse grave y aún es posible que en ciertas circunstancias pueda ser fatalmente terminado. Niños hay que no podrán resistir una semana de vómitos incoercibles».

¿Cuál es la naturaleza de estos vómitos? Son, como ya había previsto Marfan, de origen tóxico. En dos perros de 9'30 kilos uno y de 12'50 el otro, observé la contracción gástrica espasmódica con expulsión alimenticia por la inyección de 15 y 10 cm^3 de acetona respectivamente (el primero recibió la cantidad total en dos porciones de 8 cm^3 cada una). Los fenómenos de alteración respiratoria se pronunciaron más y aparecieron antes que los gástricos, á la inversa de lo que sucede en la especie humana. Sin embargo, este hecho no es de importancia, pues la distinta reacción al tóxico débese sin duda á peculiares condiciones de especie.

¿Prueban estos experimentos que sea la acetona causa exclusiva de los vómitos? No, seguramente. Las cantidades de dicha substancia, que fueron necesarias para obtener fenómenos de intoxicación en los animales, son enormes y muy superiores á las que ha de suponerse existen en la sangre de los acetonémicos. Sin duda, los responsables son varios de los compuestos de la misma serie, tanto más tóxicos, cuanto menos oxidado y, por tanto, más

cercanos á la molécula protéica que les dió origen. Bien se sabe que los productos de degeneración albuminosa aumentan proporcionalmente en alcalinidad y toxicidad, al compás que aumenta el hidrógeno unido al nitrógeno (nitrilos) y disminuye correlativamente el oxígeno.

Lo que resulta de este razonamiento es que la causa inmediata del envenenamiento es todo un grupo de compuestos, los cuales, por su composición y estructura molecular parecidas, obran también de manera semejante. La acetona es la última, el final de esta serie, el compuesto más oxidado y naturalmente en proporción, el más inofensivo. Ella desaparece, á su vez, por oxidación directa.

La manera de producción de acetona y sus homólogos queda ya con esto, clínica y experimentalmente, determinada. Marfan afirma que la acetonemia no se observa en niños de pecho y que más abundan en la clientela particular y rica que en la de hospital y en las clases pobres. La niña objeto de su observación comía carne en cantidad muy excesiva y bien se sabe la influencia que en la producción de la acetona y de sus homólogos, tiene la ingestión superabundante de protéicos.

Cabe afirmar, que la acetonemia es un trastorno de nutrición producido por la oxidación insuficiente de derivados protéicos. En efecto, los niños tienen escaso poder de destrucción energética; en ellos abundan más los cambios anabólicos que los catabólicos, y aquellos en quienes la acetonemia aparece son de clase acomodada, los que gozan de menos libertad y practican, por consecuencia, menos vida al aire libre, menos ejercicio.

Para evitar la acetonemia es menester que los niños, y con más rigor los que ya la sufrieron, vean disminuída la tasa de alimentos nitrogenenados y practiquen todo el posible ejercicio al aire libre para que reciban directamente la acción de los grandes excitantes naturales.

El tratamiento debe ser causal; el sintomático resulta insuficiente. Debe, en primer lugar, proscibirse la alimentación por las carnes; si el reflejismo gástrico la tolera, dése leche desde el primer momento, si el vómito es rebelde, sosténgase la dieta absoluta todo el tiempo posible ó apélese á la alimentación rectal. La leche ha de ser el único recurso durante toda la evolución del acceso y la convalecencia.

Medicación recomendable: el lavado físico de la sangre: inyecciones de suero isotónico y el uso de alcalinos, los cuales, excitando el movimiento oxidante favorecerán la destrucción de los principios tóxicos, pudiendo aprovecharse como vehículo el mismo suero; dénse inyecciones bicarbonatadas como se hace en el tratamiento del coma diabético, accidente que tiene íntima relación patogénica con el que estudio en el presente caso. Los excitantes de rigor, en los casos de adinamia, están también indicados.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 *de Junio de* 1902.

Estrangulación del intestino herniado. — El Dr. *Rochard* leyó un informe acerca de un trabajo dirigido á la Sociedad de Cirugía por el Dr. Rouville, de Montpellier. Un hombre de sesenta y cinco años, con una hernia inguinal antigua, presentó de repente síntomas de estrangulación herniaria. Se consiguió reducir la hernia por la taxis, pero como los accidentes persistían, fué llamado el Dr. Rouville, quien encontró al enfermo en un estado lamentable. La quelotomía, practicada de urgencia, demostró que no había reducción en masa, porque el saco y el anillo herniario estaban libres. El Dr. Rouville ensanchó el saco y encontró el intestino completamente estrangulado en uno de sus puntos por una brida cicatrizal estrecha en forma de sortija. Seccionada la brida, para restablecer el curso de los excrementos, se cerró la herida del abdomen. En aquel momento murió el enfermo. A la autopsia nada de particular se descubrió.

¿Cómo explicar la formación de esta brida peri-intestinal extraña? El doctor Rouville cree que es consecutiva á adherencias circulares primitivas del intestino alrededor del saco herniario, adherencias que la taxis desprendió y redujo en masa en el vientre á la vez que en el intestino, que siguieron estrangulando. Esta explicación es algo hipotética, pero debe aceptarse á falta de otra mejor.

Intoxicación hidatídica sobreaguda. — El Dr. *Delbet* refirió un caso de intoxicación hidatídica sobreaguda consecutiva á la intervención sobre un quiste hidatídico hepático. En este caso, el diagnóstico de intoxicación pudo confirmarse á los cinco días de operada la enferma, por circunstancias especiales de ésta: la enferma—anciana que padecía bronquitis crónica—durante un acceso fuerte de tos hizo estallar la sutura abdominal, y se vió, al intervenir por segunda vez, que no había rastro de derrame ni de inflamación en la proximidad de la bolsa quística, que estaba completamente flácida.

El Dr. *Tuffier* dijo que había observado accidentes graves de intoxicación hidatídica en dos casos de quistes hidatídicos del hígado operados, uno por punción simple, seguida de sutura, y el otro por marsupialización. Este último caso es interesante, porque la supresión de la cura bastó para probar que los accidentes no eran debidos en modo alguno á una hemorragia intraquística. Los dos casos curaron en poco tiempo.

Inversión total de la vejiga. — El Dr. *Guinard*, ocupándose de la comunicación del Dr. Picqué, dijo que el caso referido por éste no es comparable en modo alguno á las inversiones parciales ó totales de la vejiga que se obser-

van de ordinario. En efecto, en el caso en cuestión no había ni uretra ni cuello vesical, porque toda esta región fué extirpada algunos meses antes á causa de un cáncer extenso de la uretra; en estas condiciones, la inversión de la vejiga nada tiene de sorprendente.

El Dr. *Bazy* manifestó que la inversión parcial ó total de la vejiga no sucede fatalmente á la extirpación completa de la uretra y del cuello. En dos casos de este género no ha observado más que incontinencia, sin el menor indicio de inversión de la vejiga.

Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea. — El Dr. *Bazy* refirió, en nombre del Dr. Chevalier, dos casos de perforación intestinal en el curso de la fiebre, ambos tratados con éxito por los medios quirúrgicos. En el primero, la perforación sobrevino á los veintisiete días de enfermedad, y fué diagnosticada ocho horas después de empezar los accidentes. En el segundo, la perforación se produjo á los veinte días, y se diagnosticó á las diez horas de producida. En ambos casos la operación practicada sin perder tiempo, demostró que la perforación estaba situada en el intestino delgado á 15 centímetros del ciego, y tenía las dimensiones de una cabeza gruesa de alfiler. Sutura en dos planos; desagüe; curación. El Dr. Bazy, agregó que la perforación intestinal en el curso de la fiebre tifoidea, tiene por corolario obligado la intervención quirúrgica. Esta intervención exige, para ser seguida de éxito, que el diagnóstico de la perforación sea precoz: para esto se tendrá en cuenta la rapidez é intensidad del dolor, la elevación de la temperatura y la reacción de defensa de la pared muscular.

Quiste hidatídico del riñón tratado por la resección. Curación.—El Dr. *Terrier* refirió un caso de este género. El tumor, del grosor de la cabeza de un feto ocupaba el hipocondrio derecho; pero sus caracteres eran más bien los de un tumor hepático que renal; además, no había el menor trastorno urinario. Se diagnosticó, por lo tanto, quiste hidatídico del hígado, y se decidió practicar la intervención por la vía abdominal. Al operar se observó que existía un quiste del riñón adherido al polo inferior y situado debajo de la cápsula propia del órgano. Después de punzar este quiste, el Dr. Terrier intentó extirparlo, pero se vió obligado á resecar parte de la glándula. La hemorragia fué mínima gracias á la compresión temporal del pedículo del riñón, y se contuvo fácilmente por medio de algunos puntos de sutura con catgut; curación. La separación vesical de la orina obtenida algún tiempo después con el aparato de Luys, demostró que el riñón operado funcionaba perfectamente, aunque segregaba una cantidad de orina, la mitad menor que el riñón opuesto. El Dr. Terrier agregó, que para evitar en estos casos la inoculación del peritoneo, conviene tocar las paredes quísticas con una disolución de sublimado.

El Dr. *Bazy* dijo que al descortezar un quiste hidatídico del riñón, que había diagnosticado de hepático, se vió obligado á hacer la resección parcial del riñón. Su enfermo curó por completo.

El Dr. *Ricard* manifestó haber operado hace pocos días un quiste hidatídico del polo inferior del riñón por incisión seguida de la extracción de la membrana quística, y de la reducción sin sutura de la bolsa después de tocada con formol. Cree, en efecto, que es completamente inútil intentar extraer la cápsula externa, fibrosa, de los quistes hidatídicos, porque esta

membrana no es más que un producto de reacción inflamatoria, incapaz de ocasionar la menor recidiva. En este caso el tumor renal se había diagnosticado también de hepático.

El Dr. *Legene* indicó que había operado con éxito completo, por el procedimiento de Delbet, un quiste del riñón.

El Dr. *Potherat* recordó un signo que permite casi siempre distinguir los quistes del riñón de los del hígado: en este último caso la orina contiene sales biliares.

El Dr. *Routier* dijo que había buscado en vano este signo en dos casos.

El Dr. *Terrier* manifestó que podría más bien buscarse las sales biliares en la sangre donde suelen encontrarse, aunque la orina contenga solo indicios.

Amputación espontánea del útero consecutiva á la torsión completa por fibroma. — El Dr. *Ricard* presentó este ejemplar curioso extirpado por laparotomía. El útero estaba separado completamente del cuello por la inserción vaginal, y solo se hallaba retenido por un cordón delgado constituído por dos hojillas serosas torcidas sobre sí mismas. El fibroma que había ocasionado esta torsión ocupaba la cara posterior del cuerpo; las trompas estaban arrolladas completamente alrededor de este último. La enferma curó.

Apendicitis y anexitis.—El Dr. *Guinard* presentó un apéndice que había extirpado por casualidad al practicar una laparotomía por anexitis. El apéndice presentaba signos de inflamación crónica mientras que la salpingitis era al parecer relativamente reciente. Este dato y los trastornos digestivos que padeció la enferma en su juventud, hace creer que la apendicitis era probablemente anterior á la anexitis; demuestra, una vez más, que siempre que se abra el vientre debe comprobarse el estado del apéndice.

El Dr. *Walther* dijo que había encontrado con frecuencia apéndices inflamados al practicar laparotomías por anexitis. Cree, como el Dr. Guinard, que la apendicitis precede muchas veces á la anexitis y no tiene relación alguna con ella; sin embargo, en ciertos casos la inflamación de los anejos es primitiva y se propaga directamente al apéndice.

(*La Presse medicale*). — CODINA CASTELLVÍ.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del dia 10 *de Junio de* 1902.

La lepra en el Sudan, la Colonia del Cabo y el Natal. — El Dr. *G. H. Hansen* ocupándose de los dos trabajos leídos en la sesión anterior, dijo que la lepra es solo contagiosa. De sus primeras investigaciones patológicas sacó la conclusión de que la lepra es una enfermedad específica que sigue una marcha lenta. Respecto á la supuesta etiología de la lepra por comer pescado seco no la cree exacta, porque en muchas comarcas constituye la base principal de la alimentación, y sin embargo, la lepra es desconocida. De ser exacta esta teoría se hubiera encontrado en dicho pescado el bacilo de la lepra, lo que no es exacto. En lo referente al supuesto origen *de novo*, el período de incuba-

ción no es tan largo como se ha supuesto. Es probable que la enfermedad exista durante varios años en un individuo en estado latente y de éste propagarse á otros. La enfermedad se propaga siempre á lo largo de las vías de comunicación entre las naciones. En Noruega aunque se consume mucho pescado, la lepra casi ha desaparecido, y hoy es una quinta parte menos común que antes, por más que en este país se vive como se vivía hace cincuenta años. La causa de la difusión ha sido casi siempre la falta de limpieza. Muchos noruegos han emigrado á América, pero no han transmitido la enfermedad á sus hijos ó nietos, lo cual niega la teoría de la herencia. En Bergen se come mucho pescado, fresco ó salado, y sin embargo, la lepra es desconocida.

El Dr. *G. Thin* dijo respecto á la teoría de la alimentación, que en China desde hace bastantes años se alimenta á los leprosos con substancias nutritivas, sin que á pesar de esto, se haya notado mejoría en la enfermedad. En uno de los trabajos leídos en la sesión anterior, se dice, que la causa predisponente de la lepra, es la falta de alimentación animal; en el otro se dice que es debida á comer substancias nitrogenadas. El bacilo de la lepra produce una irritación local tan ligera, que es posible que su entrada en el organismo no llame la atención. Es posible que los bacilos penetren por inhalación, á juzgar por lo simétrico de las lesiones en algunos casos. El bacilo de la lepra, según se ha indicado en el Congreso de Roma, se desarrolla en agar; pero no se ha dicho que el bacilo susceptible de cultivo debe tomarse durante el período febril de la lepra. Respecto á la teoría *de novo*, no se citan hechos que demuestren que la lepra se ha desarrollado en punto alguno sin la posibilidad del contagio. Africa es la parte del mundo donde se han observado recientemente casos de este género. El hecho de no haberse descubierto la lepra entre los naturales, no niega la posibilidad de su existencia. ¿Cómo puede la enfermedad desarrollarse *de novo* sin que el bacilo se desarrolle también *de novo*? Una comisión nombrada en la India, ha probado que ni el pescado ni ningún otro género de alimento influye lo más mínimo sobre el desarrollo de la lepra.

El Dr. Hansen indicó que la enfermedad se inocula probablemente á través de la piel. Como el desarrollo del bacilo es lento y la irritación que produce casi nula, el enfermo desconoce muchas veces el principio de su padecimiento. La acción antiséptica del jugo gástrico, impide probablemente la infección á través del estómago.

El Dr. *P. Manson* manifestó que la difusión de la lepra es análoga á la de la tuberculosis, aunque más difícil que la de ésta. Los caracteres tintóreos de los bacilos en ambas enfermedades son idénticos; las dificultades de cultivo son grandes en el caso de tubérculo y casi insuperables en el de lepra; la vía de introducción en los dos casos es difícil de averiguar. La dificultad de aceptar la teoría de la alimentación con el pescado como causa de la lepra, es grandísima. En muchas comarcas se come pescado en abundancia, y sin embargo, la lepra es desconocida. Se ha dicho que la lepra, lo mismo que la tuberculosis, es una enfermedad del estado intermedio entre la civilización y el salvagismo. En los trabajos leídos en la sesión anterior no se dice si los sudaneses comen el pescado fresco ó seco; los negros es probable que no consuman el pescado salado. Ninguna de las teorías dietéticas es decisiva. El beri beri se atribuye á la diferencia de alimentos introgenados; es una ilusión. En ambos casos hay coincidencia, no causa y efecto. En muchos casos de lepra que ha

observadó, la lesión es asimétrica lo que prueba que no se trata de una enfermedad constitucional. En Ceylan se ha conseguido recientemente cultivar el bacilo de la lepra en caldo de pescado ; es un argumento en favor de la teoría de la alimentación por el pescado como factor en la etiología de esta enfermedad. El germen de la enfermedad es antiquísimo, y la lepra la padecieron nuestros antepasados más remotos. El modo de penetración del germen de la lepra es, según manifiesta el Dr. Tonkin el uso de ropas infectadas. Pero la propagación de la enfermedad depende probablemente de una serie de oportunidades, entre las que por la concurrencia fortuíta de algunas condiciones necesarias, pero rara vez recurrentes, es como únicamente puede implantarse la lepra. De aquí lo difícil de la propagación de la enfermedad.

El Dr. *W. R. Kynsey* dijo que en Ceylan se hace un consumo grande del pescado como alimento y como condimento. La lepra es casi desconocida en el interior del país, pero existen algunos focos á lo largo de las costas donde se consume pescado fresco. En algunos ejemplos de casos aislados de lepra, ocurridos en una familia, los enfermos habían sido criados por nodrizas, pero se ignora si éstas eran leprosas. Se cree que los bacilos pueden existir en la leche. En ciertos casos parece que la lepra estaba asociada con la vacunación.

El Dr. *Hansen* indicó que en Noruega no se ha observado asociación de la lepra con la vacuna, ni se han encontrado bacilos leprosos en la leche humana.

Sir *Lauder Brunton* dijo que había observado en Jerusalen varios casos de lepra, que se asemejaban de un modo extraordinario á la sífilis. Es posible que en los casos de sífilis haya infección mixta. Es probable, en efecto, que la infección dependa del bacilo y de una susceptibilidad especial ; esta susceptibilidad puede ser debida á varias causas de las que una es la alimentación insuficiente, igual que en la tuberculosis. Unna ha observado que aplicando á una úlcera leprosa una substancia oxidante, por ejemplo, el ácido pirogálico, la úlcera empeora, pero este efecto se contrarresta haciendo la sangre menos alcalina ; es posible, por lo tanto, que disminuyendo la alcalinidad de la sangre, no por el ácido clorhídrico (como aconseja el profesor Unna), sino administrando alimentos nitrogenados, aunque solo sean leguminosos, se corrija la enfermedad. En el Sudan se consume más pescado seco que otra clase de alimento ; este pescado puede obrar quizá formando en la sangre una substancia, por ejemplo, la trimetilamina, que favorece el desarrollo del bacilo leproso.

El Dr. *T. M. Young* manifiesta haber observado muchas leproserías en Siberia, China, India y en la Costa Oriental de Africa, sorprendiéndole la movilidad activa del bacilo de la lepra, lo que hace creer que puede desarrollarse fuera del organismo humano, quizá en el pescado salado. Los bacilos leprosos son menos abundantes en las úlceras que en la profundidad del tejido conjuntivo. Es probable que el bacilo se desarrolle en los tejidos vivos y no en los mortificados. La alimentación con las diversas formas de pescado no corresponde á la distribución de la lepra.

El Dr. *G. A. Heron* dijo que en unión del Dr. Hutchinson, estuvo encargado hace diez años de estudiar la alimentación de los leprosos. Cree, como el Dr. Hutchinson, que la lepra es una enfermedad transmisible, y que la teoría de la alimentación por el pescado es inaceptable. De 464 leprosos que examinaron, 99 jamás habían comido pescado ; 162 leprosos recogidos en diversos

asilos de la India, tampoco lo habían comido,—algunos procedían de las montañas del Himalaya y jamás habían visto pescado.

El Dr. *A. Hillier* manifestó que la transmisión de la lepra por el alimento contaminado, es incomprensible. El consumo del pescado salado es grande en ciertos países, y sin embargo, no existen en él enfermos leprosos. La lepra va desapareciendo del mundo al mejorar las condiciones higiénicas.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 14 *de Mayo de* 1902.

Tratamiento del pié equinovaro en el primer año.— El Dr. v. Oettinger: El tratamiento del pié equinovaro ha de tender á favorecer lo más pronto posible la transformación de los huesos, mejorando su posición. Con arreglo á este principio, enderezo el pié tan pronto como me encargo del enfermito. Mientras mantengo doblada la rodilla, para que pueda hacerse girar el pié hacia afuera, agarro el piececito por los maléolos, lo pongo en supinación, lo hago girar hacia afuera y lo coloco en extensión dorsal, continuando con estos movimientos enderezadores hasta que ceden los ligamentos y el pié queda sumamente movible y como péndulo. Entonces se barniza el pié con el líquido de Fink, que es una disolución resinosa que se adhiere con extraordinaria rapidez y fuerza y se rodea transversalmente el pié y de dentro á afuera con una vuelta de venda, que se arrolla por encima de la rodilla, alrededor del muslo, donde también se fija por medio del líquido de Fink; hecho esto, se vuelve á arrollar en sentido descendente hasta llegar á la pantorrilla y al pié y se repite la misma operación varias veces. Hay que dejar libre la corva, y de ese modo se evita que se puedan presentar graves trastornos en la nutrición del miembro; los que se producen en los dedos de los piés á causa de la estancación venosa, desaparecen muy pronto. No hace falta apelar á la anestesia para colocar el vendaje ni para practicar el enderezamiento, y también prescindo de toda tenotomía, á lo menos en los niños que no pasan de un año.

El primer vendaje se deja colocado siete días; después se quita, se baña el pié y se pone otro nuevo vendaje, que se cambia al cabo de una semana, continuando de este modo con el tratamiento unas seis semanas próximamente. Como tratamiento consecutivo, se usa una cinta ancha de goma, que se coloca durante la noche.

El método es sencillísimo y parece dar buenos resultados, por más que todavía no puedo presentarlos que tengan cierta fecha.

Sueroterapia en el reuma articular agudo. — El Dr. Menzer: Siguiendo la prescripción de Pavel ó sea inoculando á animales dosis progresivamente crecientes de cultivos de estreptococos virulentos, he preparado un suero antiestreptocócico, con el que he tratado 30 casos de reuma articular. Partí del supuesto de que el reuma articular agudo es una exacerbación de la angina estreptocócica, cuya expresión más culminante es la septicemia general es-

treptocócica. La afección articular y la inflamación de las serosas que á menudo la acompaña, no debe ser considerada como el efecto de una infección específica, sino como una variedad especial de la reacción del organismo. Los cocos que de las tonsilas han pasado á la sangre, no circulan mucho tiempo en ésta, sino que se depositan en las articulaciones, el endocardio, etc. La invasión de articulaciones muy distantes entre sí no es debida á que los cocos salten de las unas á las otras, sino á que varía la reacción respectiva de ellas.

Los estreptococos procedentes de las tonsilas se aglutinan en el suero que yo he empleado.

Para comprobar la acción específica de este suero, inyecté en dos casos de reuma articular crónico, primero suero normal y después suero antiestreptocócico de Marmorek, sin que se hubiese presentado ninguna clase de reacción con ambos sueros. Después inyecté el preparado por mí, y entonces se presentaron fiebre é hinchazón de la articulación enferma.

En mis primeros ensayos intenté cortar el desarrollo de la enfermedad, pero no me fué posible lograrlo, aunque empleé hasta 55 cm^3 de suero, sin que con estas dosis se hubiese ocasionado, por otra parte, el menor perjuicio de carácter permanente. En cambio, parece que las endocarditis fueron influídas favorablemente y que se evitan las recidivas del reumatismo articular.

De lo observado en casos de reuma articular agudo, subagudo y crónico, respecto á su curso, duración de la fiebre y modo de conducirse las complicaciones, no resultan grandes novedades, si se tiene en cuenta lo mucho que varía el cuadro de esta enfermedad.

También los casos crónicos reaccionaron y se mejoraron cuando apelé al masaje y á la hidroterapia. En un caso que ya llevaba un año y en el que la enfermedad ya había producido lesiones graves en las articulaciones, también fracasó el suero.

Lo he ensayado igualmente en otras enfermedades que considero como infecciones estreptocócicas, tales como la nefritis consecutiva á la escarlatina, un caso de bronquitis subaguda y otros de infecciones mixtas de tisis, y creo haber observado también en estos casos una agravación transitoria de la enfermedad, que interpreto como un fenómeno de reacción.

No puedo dar cuenta de resultados de carácter definitivo obtenidos en el tratamiento del reumatismo articular con el nuevo suero. Creo, sin embargo, que mis experimentos merecen ser repetidos, y en mi opinión, el suero que yo he empleado es un medio con cuyo auxilio podemos venir en apoyo de los esfuerzos curativos del organismo.

El Dr. Senator: Confieso que en un principio miré con gran desconfianza estos ensayos, que se han hecho en mi Clínica, porque no estaba muy conforme con su base teórica, pero me sorprendió después el curso favorable que siguieron sobre todo, ciertos casos que se habían resistido al salicilato y á otros medicamentos análogos. Cierto es que el cuadro clínico del reuma articular agudo varía muchísimo, y que en ningún momento de la enfermedad se puede establecer un pronóstico seguro. De aquí que los resultados obtenidos haya que interpretarlos con gran reserva; mas de todas suertes, son experimentos que parece conveniente repetir para comprobar mejor la eficacia del método.

El Dr. Aronsohn: Desde hace cinco años me vengo dedicando á preparar un suero antiestreptocócico, y en mi opinión, no todos los estreptococos se pueden incluir en una misma categoría, por lo que he podido observar con mis experimentos en los animales. Y yo creo que estos experimentos son imprescindibles antes de hacer ensayos en el hombre. La reacción que ha observado Menzer con las inyecciones de suero, no la conceptúo demostrativa. *A priori*, no se debía esperar ninguna reacción con dichas inyecciones, puesto que la inmunización no es activa, como con la tuberculina que se prepara con las bacterias, sino pasiva. Si, á pesar de ello, se presenta reacción, hay que atribuirlo seguramente á que después de la inyección de estreptococos en los animales de que se ha obtenido el suero, han quedado principios tóxicos que provocan la fiebre, principios que, según mis experimentos, no se destruyen hasta que han pasado por lo menos cuatro semanas. Los hechos clínicos que ha aducido el conferenciante, no los considero como demostrativos de la eficacia del suero en los casos de reuma articular.

El Dr. Meyer: Yo también creo que hay estreptococos de diversa naturaleza. El suero preparado por mí con una clase de estreptococos no inmuniza contra todas las infecciones estreptocócicas, sino tan sólo contra algunas. En tres casos de reuma articular, de la Clínica de Leyden, ensayé un tratamiento con el suero, pero hube de desistir de su empleo, porque resultó totalmente ineficaz. Ahora bien, ¿por qué siendo el reuma articular una infección estreptocócica común, habrá de ser completamente inactivo el suero de Marmorek? La fiebre y la hinchazón articular que se han presentado, pueden ser consecuencia del suero sanguíneo inyectado, puesto que se observan á veces los mismos hechos con el suero equino normal ó con el antidiftérico. Todo hace creer que los agentes provocadores del reuma articular ocupan un puesto especial.

El Dr. A. Baginsky: Confirmo los hechos observados por Aronsohn en sus experimentos, y de los cuales se deduce que hay varias especies de estreptococos. Hay que guardarse mucho de considerar como inocentes las inyecciones de suero antiestreptocócico y de proceder á su aplicación en la práctica privada, puesto que en cuatro casos en que se empleó este tratamiento, he visto presentarse una agravación sumamente alarmante de la enfermedad

El Dr. Menzer: Por mi parte, no he visto sobrevenir ningún percance con las inyecciones. El hecho de que el suero antiestreptocócico preparado con los estreptococos de una determinada forma morbosa sea eficaz en un determinado grupo de afecciones é ineficaz en otro, no es prueba inconcusa de que existen diversas clases de estreptococos, puesto que puede también explicarse por la diversidad de las toxinas en los distintos casos. Mis observaciones clínicas hablan muy á favor de la eficacia é importancia del método terapéutico de que he dado cuenta en esta sesión.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

XX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

celebrado en Wiesbaden del 15 *al* 18 *de abril de* 1902

Diagnóstico de la úlcera del estómago. — El Dr. Ewald (de Berlín): He de ceñirme rigurosamente al tema, pero no quiero dejar de manifestar que no estoy de acuerdo con la opinión de Van Izerm, según la cual la causa de la úlcera del estómago sería un espasmo del píloro. En efecto, en la inmensa mayoría de los casos no hay el menor síntoma de semejante espasmo. Lo más probable es lo contrario, puesto que la hiperacidez, aun sin formación de fístula, ocasiona un espasmo pilórico transitorio ó permanente.

Los datos estadísticos sirven muy poco para el diagnóstico, puesto que en un caso determinado nunca se sabe si se trata de lo que es la regla ó de lo que constituye la excepción. De los 1080 casos que he observado en los últimos diez años, resulta que la proporción de casos según la edad y el sexo es casi la misma que han encontrado los demás autores: lo mismo acontece respecto á la mortalidad. Para asegurar el diagnóstico no temo apelar á la sonda gástrica; sin embargo, en general y tratándose de casos bastante claros, he prescindido de este procedimiento. Pero si hay hemorragias incoercibles, es hasta necesario introducir la sonda y rociar el estómago con agua helada.

Llama la atención el número de casos en que no estaba aumentada la secreción de ácido clorhídrico: en efecto, se encontró hiperacidez en un 34'1 por 100 de los casos, acidez normal en un 56'8 por 100, y subacidez en un 9 por 100. También se encontraron grandes variaciones en un mismo caso, verbigracia, entre 28 y 44, 36 y 78, 38 y 54, 29 y 71, etc. En este concepto, ejerce una influencia innegable la transformación de la úlcera en cáncer. El ácido láctico faltó siempre; las bacilos largos en casi todos los casos.

La sangre se encuentra á menudo en el contenido gástrico extraído por medio del sifón, sin que se hubiese vomitado y también sin que dicho contenido hubiese presentado caracteres típicos. Sin embargo, este hecho se puede observar también sin haber úlcera del estómago. La hematemesis se observó de 364 casos en 203 (125 hombres y 78 mujeres). El valor diagnóstico de este signo es muy grande; con todo, hay que tener muy presentes las numerosas posibilidades de que la hemorragia sea debida á otras causas y sobre todo á la menstruación, los procesos sépticos graves y las llamadas hemorragias parenquimatosas. Las llamadas erosiones hemorrágicas no pueden considerarse como un cuadro patológico independiente. Ateniéndome á lo que me ha enseñado la observación y á los resultados de un gran número de investigaciones que he realizado con este objeto, y muy especialmente á la presencia de colgajitos de mucosa en el contenido gástrico extraído con la sonda ó en el agua procedente de los lavados, soy de opinión que de lo que se trata en esos casos es de lesiones accesorias sin importancia y que se curan sin ningún tropiezo, ó por el contrario, del comienzo de verdaderas úlceras que más tarde adquirirán toda su gravedad.

Respecto al asiento de la úlcera, es tan difícil precisarlo hoy en la inmensa mayoría de los casos, como lo era hace veinte años. Generalmente no se pue-

de pasar de sospechas. Donde parece más fácil establecer el diagnóstico es en los casos en que existe un tumor en el píloro y en que los demás síntomas revelan la existencia de una úlcera, casos en que hay que tener en cuenta en primer término el espasmo pilórico ó la hipertrofia muscular, ó en su caso al engrosamiento cicatricial, y, por último, al neoplasma canceroso. Hay circunstancias en que aun con el examen histológico de la zona engrosada, resulta de todo punto imposible resolver si se trata de un tejido benigno ó de un tejido en degeneración atípica. Yo he visto dos casos en que se excindió una hipertrofia al parecer benigna del píloro, á juzgar por el examen histológico llevado á cabo con toda escrupulosidad en numerosas preparaciones, y á pesar de todo esto se desarrolló al cabo de algunos años un carcinoma típico. Es muy posible, como ya lo hice notar hace años, que las prolongaciones microscópicas del tumor canceroso se extiendan á gran distancia por la mucosa y la submucosa aparentemente sanas, por cuya razón es muy difícil en esos casos tener la seguridad de que se ha extirpado todo el tejido enfermo.

Los dolores no siempre presentan un carácter típico en lós casos de úlcera, sobre todo cuando ésta es antigua; en estas circunstancias á veces es imposible decir si se trata de una úlcera ó de una cardialgia. Hay que exceptuar las gastralgias que se presentan en el período inicial de la tisis ó en el estado preatáxico de la tabes. En todos estos casos hay que fijarse muy especialmente en si existen hernias de la línea alba, puesto que yo he visto cometer varios errores de diagnóstico en casos, en los que, con una pequeña operación de la hernia de la línea blanca, se consiguió con mucha facilidad que desaparecieran para siempre las molestias ocasionadas por la supuesta úlcera.

En los casos de úlcera gástrica es bastante raro que se presente una gran demacración y un aspecto caquéctico. Sólo podrá encontrar dificultades el diagnóstico en aquellos casos en que se trata de personas muy nerviosas é histéricas, ó bien en las muy obesas que, por temor á los dolores, se deciden á comer muy poco, y á consecuencia de ello se demacran en alto grado. El dato de los infartos ganglionares tiene muy poco valor. Más importancia hay que otorgar al aspecto de la lengua, que en la mayoría de los enfermos de úlceras está roja y muy poco ó nada cubierta.

Crean á veces grandes dificultades para poder establecer el diagnóstico de una úlcera, las secuelas de ésta, las cuales son tan difíciles de reconocer como de tratar. Entre ellas figura en primer término el estómago en forma de reloj de arena. Además de sus síntomas ya conocidos, ó sea el hecho de salir nuevas porciones de residuo gástrico al introducir otra vez el sifón é introducir agua, el ruído de bazuqueo, la convexidad muy marcada en un lado, y los fenómenos que se producen al insuflar aire en el estómago, me ha dado también muy buenos resultados el uso del gastrodiafanoscopio y la introducción de una vejiga, distensible, de goma, cuya forma es próximamente igual á la del estómago. De este modo se puede circunscribir muy bien la porción pilórica del mismo. Cuando se insufla aire en el estómago vacío se distiende entonces el lado pilórico ó todo el estómago; pero si se insufla la vejiga sólo se distiende el lado del cardias, y lo mismo sucede, *mutatis mutandis* con la imagen luminosa que se obtiene con el gastrodiafanoscopio.

Las perforaciones en la cavidad peritoneal se diagnostican casi siempre con facilidad; sin embargo, yo he visto un caso de perforación del apéndice vermiforme seguida de peritonitis difusa que se diagnosticó equivocadamente como de perforación gástrica complicada con hemorragia. Es imposible reconocer de antemano la inminencia de una perforación, y sin embargo, las probabilidades de éxito de la intervención quirúrgica son tanto mayores cuanto más pronto se procede á operar. Esto no obstante, hay casos en que es tal la extensión del fondo de la úlcera en cuyo centro radica la perforación, que se hace por ello muy difícil la intervención quirúrgica.

El hecho de que una úlcera haya invadido órganos inmediatos, hay muchos casos en que no se puede apreciar; en cambio se diagnostica fácilmente en otros, gracias á ciertos síntomas característicos (rotura en la cavidad pleural ó en el pericardio; absceso subfrénico, rotura en el intestino grueso, etcétera). Cuando estos casos siguen una marcha lenta é insidiosa, puede suceder que se les repute durante algunos años como de neurosis funcionales. Así ocurre también con las adherencias perigastríticas antiguas: en estos casos los únicos datos que pueden poner en camino del diagnóstico son los anamnésicos, los cuales nos dan á conocer la existencia anterior de una úlcera gástrica, de dolores circunscritos de un modo constante al mismo sitio y combinados con un aumento ó una proporción normal de ácido clorhídrico, de vómitos persistentes sin dilatación gástrica, y, por último, de la inutilidad de un tratamiento racionalmente dirigido. En muchos de estos casos he visto obtenerse un éxito completo y definitivo por medio de la operación. En otro tiempo se los diagnosticaba generalmente de neurosis, de hiperclorhídria y de gastrosucorrea: hoy sabemos que una gran parte de esos casos reconocen por causa una úlcera. Hay, sin embargo, muchos casos, sobre todo de los que recaen en personas jóvenes y anémicas en que es imposible establecer el diagnóstico diferencial, y en los que es frecuente que del éxito obtenido con el tratamiento propio de la úlcera se llegue á deducir el verdadero diagnóstico. Dicho tratamiento es inútil en los casos de neurosis ó sólo obra de un modo transitorio y por sugestión. En cambio, da resultados duraderos cuando se trata de lesiones orgánicas; pero en este caso también puede suceder que todos los datos nos hagan sospechar la existencia de una úlcera ó de una adherencia perigastrítica y nos induzcan, por lo tanto, á operar, y sin embargo, resulte al cabo que en el estómago no se encuentra lesión apreciable.

Respecto al diagnóstico diferencial entre la úlcera pilórica ó duodenal por una parte, y por la otra los procesos inflamatorios en ó junto á las inmediaciones de la vejiga biliar y de los conductos biliares, así como los cálculos ó los neoplasmas, sólo recordaré que cuando se trata de procesos que no radican en el estómago, el jugo gástrico presenta generalmente caracteres normales. Son de importancia para el diagnóstico las neuralgias reflejas, las que, en los casos de cálculos biliares movilizados, ó en su caso atascados, en los de tracciones en la vejiga ó en los conductos biliares, se presentan bajo la forma de dolores intercostales, dolores bajo los omoplatos, sobre todo el izquierdo, y también como dolores difusos de tipo intermitente que hacen sospechar una fiebre palúdica larvada, ó infartos del hígado ó de uno de sus

lóbulos. Es frecuente que la situación no se aclara hasta que interviene el cuchillo del cirujano.

Las úlceras del esófago son las que menos dan motivo á incurrir en el error. El asiento y la naturaleza del dolor, y si es preciso la exploración esofagoscópica, darán certeza al diagnóstico. Lo mismo sucede con otros procesos inflamatorios ó neoplásicos que radican en la porción inferior del esófago.

La cuestión de la naturaleza anatómica de la úlcera, ó sea si se trata de la úlcera pépsica común, ó de las formas más excepcionales, de úlcera tuberculosa, sifilítica, diftérica ó urémica, puede resolverse en cada caso particular con bastante seguridad por el curso del mal, es decir, según que los síntomas de la úlcera se hayan presentado primitivamente, ó por el contrario, en el curso de una de los afecciones antes mencionadas. Por lo general, en este último caso la úlcera suele permanecer latente y tiene más interés anatomo-patológico que clínico.

Tratamiento de la úlcera del estómago. — El Dr. Fleiner (de Heidelberg): No existe un específico contra la úlcera del estómago. El médico no tiene que hacer otra cosa que procurar que se reunan aquellas condiciones que favorecen la curación espontánea de la enfermedad y apartar todas las que se oponen á dicha curación. Entre las condiciones favorables se cuentan la vacuidad del estómago, la contracción enérgica de su capa muscular que reduce la superficie ulcerosa y el hecho de llenarse esta superficie de granulaciones recientemente desarrolladas. Para ello se requieren por lo menos varias semanas, y por lo tanto, que la cura dure un mes ó más. En los primeros días el enfermo no debe tomar nada por la boca y sólo se le alimentará por la vía rectal; después se pasa á la dieta láctea; á las cuatro semanas tomará el enfermo carnes blancas, y hasta catorce días después no se comenzará, y aun esto con mucha precaución, con un régimen mixto. Pero aun en épocas posteriores es absolutamente necesario prescindir de todo alimento que pueda irritar de un modo mecánico ó químico. Las curas hidrominerales de bebida ó de baño no tienen objeto como tratamiento consecutivo. Con este tratamiento esquemático curan próximamente el 75 por 100 de los casos. Las faltas de éxito provienen de que los enfermos no se sujetan á las reglas que se les prescriben, pero hay casos en que son debidas á particularidades individuales, á que la úlcera tiene un fondo fibroso y calloso ó bordes prominentes que favorecen la retención de resíduos alimenticios en la superficie ulcerosa. También influyen desfavorablemente la deficiencia en la contractilidad de la túnica muscular del estómago, el descenso del mismo, el hábito de tragar aire, etc. Desde muy antiguo se conoce la tendencia que tiene esta afección á las recidivas. Cuanto más antigua es la úlcera, tanto más difícil será su curación, prescindiendo ya del peligro constante y cada vez mayor de que sobrevengan hemorragias ó una perforación.

En la actualidad el tratamiento más racional parece el siguiente. Lavado del estómago con el objeto de extraer los restos alimenticios que acaso existan, pero sólo con corta cantidad de líquido y poca presión. También hay que ser muy parco en la cantidad de alimentos que se haga ingerir al enfermo. Después de limpia la superficie ulcerosa se puede poner en contacto con ella una disolución de nitrato argéntico que calma el dolor, disminuye

la hiperacidez y estimula la formación de granulaciones. Kussmaul ha recomendado el subnitrato de bismuto en grandes dosis como medio protector de la úlcera. Hay que administrarlo en ayunas (10 gramos), y con ello se modifica en el acto el cuadro morboso, desapareciendo los dolores y las molestias dispépsicas. El bismuto obraría también calmando la irritación, como desinfectante y excitando la formación de granulaciones. En el tratamiento policlínico, que por cierto no se debe aconsejar, se puede hacer que el enfermo beba por la mañana un agua mineral alcalina para limpiar su estómago. El bismuto carece en absoluto de toxicidad.

La curación espontánea es frecuente por desgracia que dé origen á la formación de cicatrices que exigen después una intervención quirúrgica. Los comienzos de una estrechez pilórica muy acentuada se dan á conocer fácilmente por el hecho de que disminuye la diuresis y de que se demacra el sujeto á consecuencia de que la absorción de los principios alimenticios se efectúa con más dificultad. Es raro que la hipertrofia de la túnica muscular del estómago sea suficiente para compensar la debilidad motora. La posibilidad de una curación espontánea deja de existir en los casos de úlcera del píloro cuando se presentan espasmos en la capa muscular del píloro; en estos casos se producen estancación, gastrosucorrea, dilatación, y desaparece la fuerza contráctil de la túnica muscular. En tres de estos casos he apelado á la operación precoz, con la que se consiguió la curación en dos de ellos. Como complicación de la úlcera del píloro he visto presentarse la tetania en ocho casos: se operaron cinco y se curaron tres. Otra de las indicaciones de la intervención operatoria nos la suministran las adherencias perigastríticas y las formaciones de abscesos circunscritos que provienen de una úlcera gástrica. En las primeras la cirugía ha alcanzado hasta ahora tan escasos resultados como con las tentativas de extirpar la úlcera. En los casos de perforación en que no parece posible la curación espontánea, debe intentarse la intervención quirúrgica por muy escasas que sean las probabilidades de éxito. La úlcera en sí no constituye ninguna contraindicación, ó todo lo más cuando radica en el píloro.

De la experiencia recogida en la clínica quirúrgica de Heidelberg, donde se operan mis enfermos, se deduce que la gastroenterostomía es la única operación que da satisfactorios resultados, á diferencia de lo que sucede con la resección y con los demás métodos quirúrgicos. Además, constituye una buena base para tratar después la úlcera por medios médicos, puesto que cuando el enfermo se halla en estas nuevas condiciones, los alimentos ya no ejercen ninguna acción irritante y la túnica muscular se puede volver á contraer con gran energía.

El Dr. Leo (de Bona): El empleo de la sonda sólo lo creo justificado cuando no hay certeza en el diagnóstico de la úlcera, y á veces para comprobar la hiperacidez; en los demás casos es innecesario y no ayuda en nada al tratamiento. En cambio está indicado en los casos de estancación del contenido gástrico, pero no para extraerlo, sino para lavar el estómago. La polipragmasia técnica se debe desterrar, porque el borde de la úlcera se irrita con facilidad. El nitrato argéntico es medicamento que presta muy buenos servicios.

El Dr. Pariser (de Homburgo): El empleo de la sonda es peligroso, sobre

todo porque aumenta la presión. Las erosiones hemorrágicas son una complicación de la gastritis crónica exfoliante y se revelan por un conjunto de síntomas muy característico; así se observa, v. gr., que siempre que se lava el estómago en ayunas salen con el líquido colgajitos de mucosa. El subnitrato de bismuto puede reemplazarse por una mezcla de creta y talco, que es más barata y no tiñe las heces fecales. En mi opinión el punto dorsal doloroso á la presión es un síntoma constante y muy importante de las ulceraciones recientes; á menudo es el único signo de las exacerbaciones que se presentan en los períodos menstruales.

El Dr. Minkowski (de Colonia): He de recordar las hemorragias gástricas que se presentan en algunos casos de litiasis biliar y cuando se rompe un aneurisma aórtico en el estómago, y sobre todo en el esófago. En los casos de gastrorragia, los lavados con agua helada son menos peligrosos que la intervención operatoria. En los pocos casos de úlcera en que es necesario apelar á la sonda, no debemos tener reparo en hacerlo: lo único que hay que evitar son los movimientos de regurgitación. Para la introducción del subnitrato no es necesaria la sonda, como opina Fleiner, y bastan dosis pequeñas, puesto que el polvo de subnitrato se adhiere casi siempre mucho al fondo de la úlcera. Para combatir los dolores se aconseja la atropina, y contra las hemorragias, la gelatina ingerida por la boca y en forma de jalea, etc.

El Dr. Sahli (de Berna): No conviene restringir mucho el tratamiento interno de la úlcera en beneficio del quirúrgico, puesto que no se ha demostrado hasta ahora que la úlcera se pueda curar también después de una operación. La gastroenterostomía está indicada en las estrecheces anatómicas del píloro, pero no en las funcionales; tampoco conviene para cohibir las hemorragias gástricas, puesto que la mayor parte de éstas ceden con prescripciones dietéticas ó son tan fulminantes que no dan tiempo á la operación, y por otra, no parece justificada una intervención precoz. Cuando hay estancación del contenido gástrico, están indicados los lavados del estómago y son también suficientes para el objeto. Las condiciones físicas que quedan después de la gastroenterostomía no son más favorables para la curación de la úlcera que las que existen antes de dicha operación; lo único racional es la excisión, pero esta operación es impracticable en los casos graves y supérflua en los leves. El tratamiento interno se debe plantear pronto y con energía, apelando al reposo en el lecho y á la dieta láctea, continuada por mucho tiempo, la cual, por la sustracción de cloruros obra favorablemente sobre la hiperclorhídria. La perforación hay que tratarla quirúrgicamente.

El Dr. Strauss (de Berlín): Para el diagnóstico diferencial, á menudo muy difícil, entre la úlcera y el cáncer, prestan buen servicio la exploración digital del recto, con el objeto de averiguar si hay metastasis y el examen de los ganglios del mediastino por medio de los rayos X. El análisis del contenido gástrico no resuelve la dificultad. En los casos de apepsia gástrica también se encuentra á veces sangre en el material extraído con la sonda. Yo he observado la coincidencia de la úlcera y de la hernia epigástrica en cuatro casos.

Las contradicciones respecto á la proporción de ácido clorhídrico del jugo gástrico en los casos de úlcera se explican por diferencias de carácter regional. Yo he encontrado hipersecreción en dos casos en que no había úlcera,

De todas suertes, la hiperacidez siempre debe hacernos sospechar esta enfermedad y, por lo tanto, habrá que tratarla como si existiera.

El Dr. v. Schröter (de Viena): En mi opinión, las pretendidas gastrorragias menstruales supletorias son pura fábula; yo no las he visto nunca. Los infartos de los ganglios supraclaviculares son muy sospechosos de carcinoma. En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico de la úlcera, es asunto en que hay que proceder con mucha circunspección.

El Dr. Bial (de Kissingen): Los indicios de sangre que se pueden descubrir por medio de la reacción del guayaco no permiten deducir la existencia de una úlcera. Las hemorragias que se presentan en ésta suelen ser de más consideración.

El Dr. Agéron (de Hamburgo): Es de lamentar que no se haya hablado de los trastornos motores que se observan en la úlcera. Su rareza, en el hombre no es más que aparente, puesto que en muchos casos simulan afecciones nerviosas. Yo he visto además casos de espasmo pilórico en que éste era un síntoma precoz de miocarditis ó de aneurismas aórticos.

El Dr. Schultze (de Bona): Conviene no olvidar que para cohibir la hemorragia gástrica se puede pensar también en la ligadura de las arterias aferentes. La tetania no siempre es un síntoma maligno en los casos de gastroectasia.

El Dr. Rumpel (de Hamburgo): Yo he visto éxitos con la gastroenterostomía que me hacen comprender que Sahli no tiene razón al impugnar su valor. Respecto á lo que ha dicho Strauss, tengo que manifestar que los tumorcitos del mediastino no se pueden ver con los rayos X.

El Dr. v. Mering (de Halle): Un ensayo experimental que he hecho en un estudiante me ha demostrado que los enemas alimenticios aprovechan muy poco: de la albúmina sólo se utiliza el 15 por 100, de la grasa el 5 por 100 y de los hidratos de carbono el 66 por 100. En vez de la leche y de las sopas mucilaginosas que algunos enfermos de úlcera no toleran bien, aconsejo queso recién preparado con cuajo, que es un alimento muy nutritivo, sobre todo cuando se le añade azúcar.

El Dr. Lenhartz (de Hamburgo): Prefiero á la leche los huevos, que además de ser muy ricos en albúmina, obran favorablemete, apoderándose del ácido. El bismuto lo doy á dosis pequeñas. La operación es imprescindible únicamente en los casos de estrechez pilórica.

El Dr. Ewald (de Berlín): Sigo creyendo que hay hemorragias gástricas supletorias de la menstrual. Respecto á los enemas alimenticios su utilización varía mucho según los sujetos, y de todos modos siempre es una alimentación deficiente. La cuestión de la operabilidad sólo puede resolverse según las circunstancias de cada caso.

El Dr. Fleiner: Yo también creo que hay que tener muy en cuenta las circunstancias individuales, incluso en lo que se refiere á la dieta. Respecto al uso de la sonda debe verificarse siempre con muchas precauciones. En varios de mis casos se consiguió hacer desaparecer la tetania por medio de la gastroenterostomía.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*). — R. del Valle.

(Continuará)

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 2 de Mayo de 1902.

Operaciones autoplásticas en casos de epiteliema.—El Dr. Budinger: Aquí presento dos pacientes á los que, por medio de la trasplantación de colgajos cartilaginosos cutáneos y no pediculados, tomados de la oreja, se curaron defectos del párpado inferior que habían quedado á consecuencia de la excisión de epiteliomas. La pérdida de substancia interesaba en un caso el tercio externo del párpado y las inmediaciones del ángulo externo, y en el otro, la mitad externa del párpado.

Trombosis otítica del seno y de la yugular complicada con absceso metastásico en el pulmón. — El Dr. Fernando Alt: Se trata de un niño de nueve años que ingresó el 15 de marzo en el Hospital del Príncipe Rodolfo. Según decían, llevaba dos años con flujo del oído derecho y algunos días con dolores violentos, fiebre y calofríos. En el momento del ingreso tenía este enfermo una temperatura de 39°,3 y un pulso de 120, estaba soñoliento y cianósico; cuando se le llamaba sólo pronunciaba su nombre y se quejaba de intensos dolores en la cabeza y en el cuello. La mitad derecha de la cara estaba abotagada. Por parte de los nervios cerebrales no había ninguna perturbación. Por el oído derecho salía pus de muy mal olor. El conducto auditivo y el oído medio estaban llenos de masas colesteatomosas. La oreja estaba separada, y sobre el vértice de la apófisis mastoides empezaba una tumefacción que se continuaba hacia abajo con un tumor del tamaño de un huevo de gallina, que ocupaba la mitad superior y lateral de la región cervical y era muy doloroso á la presión. Desde esta hinchazón para abajo, todavía se podía apreciar por medio de la palpación, hasta unos 2 centímetros por encima de la clavícula, un cordón duro, sensible á la presión y del grosor próximamente de un dedo meñique. La vena yugular derecha, con un grosor poco más ó menos de un cañón de pluma, cruzaba por encima de la tumefacción, en tanto que la izquierda no era visible (síntoma de Gerhardt).

Por de pronto, no se pudo descubrir con exactitud la existencia de ninguna lesión interior. Esto no obstante, teniendo en cuenta los demás datos, los calofríos y la fiebre, era indudable el diagnóstico de trombosis de los senos y de la yugular, de origen otítico.

Se procedió desde luego á la necesaria intervención quirúrgica, la cual se llevó á cabo del modo siguiente: A medio centímetro por detrás de la inserción de la oreja tracé una incisión de unos 5 centímetros que interesaba piel y periostio y puse al descubierto el plano mastoideo. La abertura del hueso con el escoplo la comencé por delante y arriba. Después de los primeros golpes de escoplo, tropecé con un pus de muy mal olor y que estaba sometido á una presión muy elevada, y puse al descubierto las células de la apófisis mastoides y el antro mastoideo; todo ello se había transformado en una cavidad llena de masas colesteatomatosas en fusión icorosa. La pared posterosuperior del conducto auditivo externo estaba destruída en su mayor parte, así como también lo estaba la pared externa del ático, con lo cual se pudo terminar con mucha rapidez la operación radical, propiamente dicha,

de las cavidades del oído medio. También se extrajeron de éste grandes cantidades de material colesteatomatoso.

No fué necesario buscar mucho para encontrar el seno, porque tanto éste como la dura madre del cerebelo, aparecían al descubierto en la cavidad cruenta que se había practicado. El seno no presentaba ninguna clase de movimiento y aparecía como un cordón duro y de mal color. Antes de proceder á su vaciamiento, quise ligar la yugular, que estaba trombosada. Prolongué la incisión hasta la clavícula, puesto que la vena yugular trombosada se podía seguir por medio del tacto hasta unos 2 centímetros por encima de dicho hueso. El aislamiento del vaso lo llevé á cabo de un modo típico, y la única dificultad que se presentó fué debida á que toda la vaina vascular estaba rodeada de un paquete de ganglios voluminosos. Sólo inmediatamente por encima de la vena subclavia es donde se volvía á encontrar el vaso lleno de sangre. La ligadura se colocó á cosa de 1 centímetro por encima de la vena subclavia. Hecho esto, disequé algunos ganglios, ligué todas las venas aferentes que aparecían en el campo operatorio (unas cuatro), entre ellas la vena facial común; dividí el vaso hacia arriba hasta la proximidad del bulbo de la vena yugular y extraje del segmento inferior trombos de color rojo obscuro, y del superior trombos de muy mal color. En seguida abrí el seno lateral trombosado y extraje de él trombos en fusión icorosa, llegando con la cucharilla hasta la rodilla ó flexura y por debajo hasta el bulbo, y extirpando todos los trombos que pude alcanzar. Por arriba no sobrevino ninguna hemorragia, lo cual demostraba que el proceso trombósico también había invadido el seno transverso. Como el enfermo estaba completamente cianósico al terminar la operación, me fué necesario proceder muy de prisa á la práctica de la autoplastia del conducto auditivo, según el método de Pause, taponé las cavidades cruentas y las heridas del cuello que había dejado abiertas y coloqué después el apósito respectivo.

El enfermo había soportado perfectamente la intervención operatoria, pues si bien es verdad que durante tres días la temperatura continuó presentando carácter piohémico, ya no sobrevino ningún nuevo calofrío. Al día siguiente de la operación se practicó un examen muy escrupuloso de los órganos interiores, con el objeto de indagar si existían en alguno de ellos focos metastáticos procedentes de la época de la trombosis yugular, comprobándose entonces la existencia de una macicez en la parte postero-inferior del pulmón derecho. A los cuatro días de la operación empezó el enfermito á toser y su aliento á tener muy mal olor. Era indudable que en el lóbulo inferior derecho existía un foco metastático. En los días siguientes la temperatura osciló alrededor de 38°,5 y el estado subjetivo no era malo. Sin embargo, fué aumentando la macicez y en la zona correspondiente se oía un soplo bronquial, acentuándose la excitación á la tos y la fetidez del aliento. El sujeto no expectoraba nada, y como el absceso tampoco se abría espontáneamente al exterior, fué necesario abrirlo para poder conseguir la curación del proceso.

El 1.° de abril, á los catorce días de haberse practicado la ligadura de la yugular, llevó á cabo el Dr. Fincke la operación en el pulmón. En la parte posterior y derecha del pecho, al nivel de la sexta costilla, se ejecutó la resección de la misma, y una vez puesta al descubierto la pleura, se la cosió

en un círculo al pulmón, se incindió y se invirtió hacia afuera. Al hacer la punción exploradora del lóbulo inferior derecho, se llenó la jeringuilla de pus. La incisión del pulmón se ejecutó con el termo. Fueron necesarias dos punciones exploradoras para conocer con toda exactitud el asiento del absceso. Hecho esto, se continuó operando con el termo; se abrió un absceso del tamaño de una manzana pequeña, y de este modo se dió salida á un pus icoroso. La herida se taponó y curó con tiras de gasa yodofórmica.

El examen bacteriológico del pus, efectuado por el Dr. C. Sternberg, descubrió la presencia de un gran número de cadenas cortas de estreptococos, acompañadas de escasa cantidad de bastoncitos largos y delgados. Con las siembras se hallaron estreptococos piógenos en cultivo puro.

Después de la segunda operación, descendió la temperatura en unos dos días hasta llegar á su cifra normal, y el curso post-operatorio no presentó nada de particular. La herida del cuello, que se había dejado abierta, se cerró por completo en unas tres semanas, y la del pulmón también está curada en la actualidad, ó sea á las cuatro semanas y media de la operación.

La ligadura de la vena yugular en los casos de trombosis otíticas del seno, está sometida á indicaciones muy rigurosas. El caso presente demuestra que la operación impide con bastante seguridad el desarrollo de nuevos focos metastáticos, y que la existencia de metastasis en el pulmón no contraindica la intervención operatoria.

Linforrea y linfangiectasia.—El Dr. Kreibich: Aquí presento un sujeto al que se le ha practicado hace seis años la extirpación bilateral de los ganglios inguinales. La cara inferior del pene y la piel del escroto aparecen cubiertas de un líquido pegajoso; además, existen numerosas vesículas como granos de sagú, que se aplastan con la compresión, y que se vuelven á llenar de nuevo. Si se desgarra la cubierta de una de esas vesículas, se produce una linforrea profusa.

En un año he observado tres casos de este género. De los otros dos, en uno de ellos había vesículas como las mencionadas en el borde del labio mayor y en la cara interna del muslo hasta llegar á la rodilla. En cambio, en el otro enfermo, los labios, muy engrosados y endurecidos, estaban tan llenos de vesículas, que con la linforrea el cuadro clínico presentaba los caracteres del eczema vesiculoso. Como estos estados no se pueden curar definitivamente, no hay que pensar en la extirpación radical de todos los ganglios linfáticos, como no obligue á ello una indicación urgente.

Así como en el caso que hoy presento la distensión vesiculosa de los vasos linfáticos se podría explicar por una estancación de causa mecánica, ya es más difícil dar con la explicación de otro caso muy parecido en el que desde hace cuatro años existen vesículas análogas y en gran número, sobre todo en la mucosa del labio inferior y de las comisuras bucales, sin que el labio presente un gran engrosamiento. También en este caso las vesículas revelan por su estructura histológica corresponder á vasos linfáticos dilatados; fuera de esto, la mucosa sólo presenta una inflamación crónica muy poco graduada, cuya consecuencia anatómica bien puede ser la dilatación de los vasos linfáticos. El enfermo padeció en su infancia de una «oftalmía escrofulosa», cuyas cicatrices todavía hoy se ven. En cambio, no se encuentran en el cuello ni en la cavidad bucal.

Cancroide serpiginoso.—El Dr. Kreibich: Aquí presento un sujeto de setenta y dos años que tiene un cancroide serpiginoso en él lado externo del codo izquierdo. El tumor presenta las dimensiones de dos palmas de la mano, y ofrece el interés de que en él se pueden seguir clínicamente todos los períodos de la curación espontánea de un tumor que histológicamente resulta ser un cancroide. El cerco carcinomatoso, sumamente elevado, se continúa hacia adentro con una superficie ulcerosa de medio centímetro de ancha y de aspecto verrugoso; más hacia adentro aparecen estas verrugas cubiertas de una capa córnea y se vuelven poco á poco más pequeñas, hasta que por último desaparecen, convirtiéndose en una cicatriz, al principio pigmentada y más tarde blanca y atrófica. La cicatriz blanda y deslizable que desde el medio del antebrazo asciende hasta el codo, indica el camino que ha ido siguiendo el carcinoma desde hace cuatro años.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

El signo del tibial anterior.— En la parálisis espasmódica al doblar el muslo sobre la pelvis y la pierna sobre el muslo se produce una rotación hacia dentro del borde interno del pié, debido á que el músculo anterior se contrae y su contracción no es contrarrestada por la de los músculos antagonistas. Este fenómeno, según el Dr. Strümpell marcha á la par con la exageración del reflejo rotuliano, el signo de los dedos, etc., y no se observa cuando faltan estos signos. Va acompañado de ciertos signos de degeneración del hacecillo piramidal cómo el enderezamiento del dedo gordo del pié al levantar la pierna extendida, la desviación en pronación ligera de la mano, en supinación al levantarla el enfermo, etc. Estos signos sirven para el diagnóstico diferencial de las parálisis orgánicas y de los trastornos puramente funcionales.

(*Gaz. heb. des Sciences Médicales de Bordeaux*).—F. Toledo.

Vegetación del bacterium coli communi en las leches de vaca, cabra, burra y mujer.—Según las investigaciones de Olimpio Cozzolino, á las veinticuatro horas de sembrar bacterium coli en leche de mujer, se detiene el desarrollo de dicho microbio y hasta disminuye su número; en cambio, crece de un modo exuberante en las leches de vaca, cabra y burra. A las cuarenta y ocho horas casi ha desaparecido semejante diferencia, que atribuye el autor á que la leche de mujer se acidifica mucho menos que las otras bajo la acción del bacterium coli. Así se explicaría en parte el hecho de que sean mucho menor frecuentes los trastornos digestivos en los niños criados al pecho, y que rara vez adquieran el carácter grave y fulminante con que á veces se presentan en los alimentados con leche no humana.

(*Archir. für. Kinderheilkunde*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA RADIOGRAFÍA ESTEREOSCÓPICA

POR EL DOCTOR

D. JOAQUÍN DECREF

Médico Director del Instituto de Física Terapéutica y Radiografía.

Entre los muchos adelantos que como medio de diagnóstico consigue la radiografía constantemente, nada tan curioso ni de tanto interés general como la estereoscopia. Hasta hoy la radiografía fué sólo la imagen de la proyección de una sombra producida por los órganos ó los cuerpos extraños que el organismo contiene. Para los que á estos asuntos no se dedican especialmente, les será fácil comprender cuán difícil es en la sombra de un cuerpo más ó menos regular y cilíndrico darse idea exacta de su forma y dirección y de su relación con los demás cuerpos que le rodean. Para los que estamos más ó menos familiarizados con la técnica de estos procedimientos, por dedicarnos especialmente á estos asuntos, la realidad nos ha puesto de manifiesto en más de una ocasión, al examinar una radiografía ó una radioscopia, dificultades insuperables para darnos cuenta de la dirección, forma, dimensiones y planos con respecto á los fragmentos de un hueso roto ó deforme ó de algún cuerpo extraño alojado accidentalmente en el interior del organismo. De aquí el que se tratara de perfeccionar á toda costa los procedimientos, resolviendo problemas que poco á poco van teniendo solución. Uno de ellos, quizá de los más importantes, está resuelto, la estereoscopia. Todo el mundo sabe que nosotros apreciamos el relieve por la circunstancia de que cada ojo percibe distinta perspectiva de un mismo objeto, experimento que puede cualquiera comprobar mirando, por ejemplo, á una pirámide regular de base exagonal, de manera que la vertical trazada por su cúspide pase exactamente por entre

los dos ojos. Si éstos miran á un mismo tiempo, dicha pirámide resultará completamente simétrica, con todas sus caras iguales, pero si se cierra un ojo, por ejemplo, el izquierdo, el derecho ve la pirámide deformada de tal manera, que las caras laterales de la izquierda parecen menos altas que las otras, y al revés, si es sólo el ojo izquierdo el que mira. De manera que para obtener el relieve en fotografía, el principio fundamental consiste en colocar delante de cada ojo una imagen de un mismo objeto, pero con arreglo á la diferente manera de ver que tiene, es decir, la derecha con la perspectiva que el ojo derecho aprecia exclusivamente y la izquierda con la que corresponde al izquierdo. Estas imágenes se superponen al impresionar nuestro sentido, dando la sensación de relieve. Esto mismo es lo que se hace en radiografía estereoscópica, y esto es lo que han resuelto los físicos. Entre éstos, Chabaud, que á más de físico es habilísimo constructor, ha ideado unos aparatos que por su sencillez y comodidad son los que describiré.

Chabaud se sirve de una mesa, en el espesor de cuya tabla se desliza muy suavemente una caja, en donde pueden acoplarse en cualquiera de las direcciones de sus dos ejes dos chásis ó portaplacas de 24 × 30 ó más con intermediarios para poder colocar los distintos tamaños inferiores de placas usuales.

Sobre la superficie de la mesa están pintados unos trazos hechos con tintas de diferente color para cada una de las posiciones de las placas, bien en sentido longitudinal, bien apaisado, y que una vez colocados los chásis en el cajón, aquellos trazos corresponden exactamente á la posición de la placa que está encerrada dentro de la mesa. De esta manera puede colocarse la región que se va á radiografiar convenientemente para que se impresione la placa, y ésta puede cambiarse sin mover ni tocar aquélla, conservando su primitiva colocación. Esta mesa sostiene en cada uno de los ángulos de un lado del rectángulo, una varilla de metal, sobre los cuales corre en toda su longitud otra transversal, cilíndrica en sus extremos, pero cuyo tercio central es cuadrado y está graduado. En este trozo central existen dos correderas que pueden fijarse en cualquiera de las graduaciones por un tornillo de presión. Entre estas correderas se desliza también un portatubos de los que ordinariamente se emplean para sostener las ampollas, donde se forman los rayos X. La manera de emplear estos aparatos es la siguiente: Se coloca la región que se ha de radiografiar sobre la mesa de manera que esté situada en el centro del espacio que marca el trazo indicador del ta-

maño de la placa que se va á emplear, procurando, como es natural, que la parte más interesante ocupe el centro del rectángulo. Se mide el espesor de la región y la distancia que hay desde el punto más elevado de ésta hasta el foco de la ampolla, y con estas dos cifras hay que hacer una operación, que la da resuelta una tabla construída por Marie y Ribaut; la cifra que resulta es la medida del espacio que ha de recorrer la ampolla, y se señala dicha medida fijando las dos correderas en la varilla transversal, que ya hemos dicho está graduada con tal objeto. Una vez hecho esto, ya está dispuesto el aparato para hacer las dos fotografías que han de servir para el estereóscopo. Se corre la ampolla hasta tropezar con la corredera del lado derecho y se fija. Se coloca un chásis con una placa en el cajón y se hace la fotografía, que será la que ha de dar la perspectiva del ojo derecho; en seguida se retira el chásis con la placa impresionada y se sustituye por otro con placa nueva, se corre la ampolla hasta la corredera de la izquierda, se fija y se hace la otra fotografía, que dará la perspectiva del ojo izquierdo. Una vez reveladas las dos placas por los procedimientos corrientes, se colocan sobre un negatoscopio, que Chabaud ha construído también con este objeto, y con el estereóscopo de Cazes puede ya verse en la imagen el relieve en el acto, así como después con las positivas, que si se reducen al tamaño conveniente, se podrán estudiar en cualquiera de los estereóscopos pequeños corrientes. En resumen, que con sólo diez ó quince minutos más que se emplean en este procedimiento que en el ordinario, se pueden encontrar las ventajas de la estereoscopia.

Pero hay más aún. Los rayos producidos en las ampollas, aunque éstas sean *focus*, no emergen de un punto, sino de una superficie, inconveniente que no se ha podido resolver hasta ahora, y que da origen á que las penumbras sean muy numerosas y el dibujo de la sombra proyectada de líneas poco definidas. Este inconveniente se ha tratado de que desaparezca desde las primeras aplicaciones radioscópicas, y han procurado diafragmar los rayos de la ampolla de Crookes, observándose desde un principio que mientras mayor era la diafragmación, mayor era la pureza de líneas dibujadas en la pantalla y mayor el contraste entre las partes obscuras y claras. Estos rayos que distraen la imagen, y que por lo tanto, estorban, son llamados por los técnicos *rayos parásitos*, y no nacen del anticatodo, sino de las paredes de vidrio ó fuera de la ampolla.

Sagnac ha descubierto que todos los cuerpos atacados por los ra-

yos Röntgen despiden en todas direcciones rayos secundarios, pero de menor poder de penetración que los directos del catodo y son absorbidos más rápidamente por los diferentes obstáculos que se interponen, y especialmente por los gases. Estos rayos aún pueden engendrar otros terciarios y así sucesivamente, que cada vez tienen menos penetración. Todos iluminan la pantalla con más ó menos intensidad, que es el inconveniente para que la imagen sea pura. El medio más sencillo de evitar estos rayos parásitos, es interponer una pantalla de plomo de 3 ó 4 milímetros de espesor, dejando en su centro una abertura circular por donde pasan sólo los rayos reflejados por el anticatodo. En Alemania se usan por este motivo planchas de plomo con aberturas de distintos diámetros, que se colocan según desea el operador diafragmar más ó menos. Pero el Dr. Béclère ha hecho construir un aparato que á más de ser comodísimo portatubos, por un procedimiento sencillísimo busca y proyecta sobre la pantalla, atravesando el centro del diafragma, los rayos directos buscando el punto de incidencia normal. El diafragma es iris como el de los aparatos fotográficos, y tiene la ventaja de que durante la exploración puede graduarse á voluntad la abertura con un tornillo. Todas estas ventajas las aprovecha la radiografía, pues el aparato Béclère puede con gran facilidad invertirse con este objeto, y por un procedimiento semejante al de Chabaud hacerse la fotografía estereoscópica, que mientras más detalles tiene la imagen y más limpios son sus contornos, mejor hace las perspectivas, y por lo tanto, la estereoscopia. Estos nuevos aparatos son sumamente sencillos y su manejo es comodísimo, y puedo asegurar, por lo que á mí se refiere, que cada día aprecio más sus ventajas en los distintos problemas de diagnóstico que tengo que resolver.

No hace falta gran ingenio para comprender que además de las ventajas señaladas anteriormente y las que puedan señalarse en otras ramas de la medicina y cirugía, en lo que se refiere á deformidades del esqueleto y sus articulaciones, la radiografía estereoscópica es de una importancia extraordinaria. Sólo con leer cualquier trabajo que se refiera á estos asuntos en donde ya se han aplicado estos procedimientos, el especialista puede darse cuenta de ello, y recuerdo, entre otros, el de Redard sobre luxación congénita de la cadera y su tratamiento. Excuso hablar de la sorpresa que estos medios han de producir á algunos médicos, sólo comparable á la que experimenta el público de los circos cuando descubre la trampa de un jugador de manos.

Pero hay más; con estos métodos se ha llegado á determinar, no ya la ilusión del relieve en una fotografía estereoscópica, sino que en las deformidades de la pelvis, por ejemplo, se consigue una reproducción en el espacio de las eminencias y cavidades exacta, real, tangible. Tal es, por ejemplo, entre otros, el método metroradiográfico de Gaston Contremoulins, ingeniosísimo, y por el cual se pueden obtener reproducciones exactas de las cavidades y cuerpos extraños del organismo, y que describiremos en otra ocasión, pues por ser algo más complicado, haría pesadas estas noticias.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. El botón de Alepo. — II. Sobre la contagiosidad de la lepra. — III. Precauciones contra los esputos en varios países. — IV. Valor preventivo del humo del tabaco. — V. Desinfección en las comarcas rurales.

I. El Dr. E. Chatelaïn, de París, ha publicado un trabajo sobre el clavo ó botón de Alepo (*Note sur la pathoghénie du bouton ou ulcère d'Orient. —La Medecine orientale*, etc., 10 abril de 1902), enfermedad cuya sinonimia es sobradamente abundosa. Unos nombres corresponden á la distribución geográfica: botón de los Zibanos, de los países calientes, de Oriente, de Bagdad, de Biskra, de Bombay, del Cairo, de Cambay, de Creta, de Delhi, de Delfos, de Egipto, de Elkantara, de Gafra, de Guzerat, de Laghouat, del Nilo, de Ouargla, de Pendjed, del Sind, de Suez, de Tuggarth, de Umballa, del Zab, enfermedad de los sartos...; otros se refieren á la forma anatómica: piroflictena endémica, dermatosis ulcerosa, úlcera...; algunos abarcan el país y la lesión: úlcera ó chancro de Sara, úlcera de los países calientes, pústula de Bassora, forúnculo de Delhi...; varios parecen indicar su naturaleza ú otras particularidades: impétigo anual, botón de un año, botón de lluvia, mal de los dátiles, etc.

Esta dermatosis, rara en Europa, y de la cual el autor ha observado en veinte años sólo un caso procedente de países cálidos, es hoy considerada como afección microbiana, habiendo descrito Cunmingham en Calcuta (1885) y Frith (1891) parásitos, que este último de-

nominó *sporozoa furunculosa.* H. Leloir dice de ella que es una neoplasia residente en el dermis, inflamatoría, que no se resuelve *per se,* y que tiende á la destrucción de los tejidos y que contiene un microorganismo patógeno.

Según datos suministrados á Chatelain por G. Corbetti, exalumno de Medicina, residente en Andrinópolis, aparece el botón en forma de un punto de color rojo vinoso, parecido á la picadura de una pulga, del 15 *de septiembre al* 15 *de octubre.* Se desarrolla hacia *marzo,* presentándose costras que caen hacia *mediados de agosto,* y que dando una ó varias manchas rojo-obscuras, que luego palidecen y acaban por asemejarse á la cicatriz de la vacuna, con más ó menos destrozos.

Los indígenas quedan marcados generalmente en la cara, y los extranjeros en los miembros inferiores, las manos y algunas veces los piés.

No parecen influir la posición social, las comodidades, la alimentación, las bebidas, las aguas ; pero sí el mosquitero, que obra como preservativo, especialmente en la hora de la siesta.

La causa íntima parece ser la picadura de un arácnido, araña de los campos, que existe á centenares en todas las casas y que inocula un agente virulento que segrega durante la época de la puesta ó de la reproducción,

El violeta de metilo, al 5 ó 10 por 100, y la fototerapia, son los mejores medios contra esta infección local.

II. A la Sociedad Médica del Cairo ha presentado Adam Scheuber un trabajo sobre la lepra, digno de ser conocido.

En todo tiempo fué conceptuada la lepra como eminentemente contagiosa, y sólo cuando desaparecieron las epidemias, que tantos daños causaron durante la Edad media y quedó acantonada la enfermedad en pequeños focos aislados, nació la doctrina de la herencia. Esta fué propagada gracias á las estadísticas de Danielson y Roux ; pero cuando, en 1860, los médicos de todo el mundo, acudiendo al llamamiento de Virchow, demostraron que lejos de estar extinguida, era frecuente, cuando Hansen descubre el bacilo (1871), y publica Neisser (1879) sus notables estudios sobre el mismo, y cuando se reunieron los más distinguidos leprologistas en la Conferencia internacional de Berlín (1897), la teoría del contagio ha progresado mucho y hoy es casi universalmente aceptada.

Son en la actualidad muy numerosos los casos aislados de contaminación sin influencia hereditaria de ninguna suerte, algunos re-

cogidos en puntos distantes de los llamados focos leprosos. Los casos negativos, opuestos en apariencia al contagio, no son muy valederos, pues la posibilidad de la transmisión no se mide por la cantidad de los casos ni por la facilidad de la transmisión. Además, la lepra, en los últimos cincuenta años, ha invadido las islas Sandwich y la Nueva Caledonia, hasta ahora exentas, y se han formado nuevos focos en Livonia, Argelia, España, etc., sucesos que no hubieran ocurrido á no ser contagiosa. En cambio, los países que han dictado leyes para aislar los leprosos, aun sin evitar el matrimonio entre los infectados, tienen hoy menos atacados: Noruega, en veinte años, ha reducido el número de sus leprosos de 2830 á 688; es decir, un 76 por 100.

Si desde el punto de vista del diagnóstico no se pone en duda la especificidad del bacilo de Hansen, los cultivos en serie y las inoculaciones no le dan tanta firmeza. Ningún medio de cultivo ha satisfecho por completo; la experimenteción en animales tampoco ha sido terminante, antes bien parecen ser éstos refractarios. En cuanto á las inoculaciones en el hombre, Scheuber rechaza las 37 negativas hechas antes de la era pasteuriana, quita importancia al experimento posterior de Arving (en un condenado á muerte, que fué indultado), por tener en su familia dos leprosos, y concede valor á ciertas inoculaciones accidentales, algunas de las cuales no dan lugar á dudas.

Si la lepra se propagase por herencia, ya habría desaparecido; pues las frecuentes lesiones genitales determinan la esterilidad en uno y otro sexo, y suponiendo que hubiese embarazo, éste termina frecuentemente en el aborto ó en la no viabilidad. Por rara que sea, hay la contaminación intrauterina del feto. Además, el niño nace indemne y no se hace leproso hasta la edad de tres años; pero si se aleja pronto de sus padres y de su país, tiene grandes probabilidades de no serlo.

Decir que la lepra no existe más que en ciertas familias, principal argumento de los defensores de la herencia, es hablar en pro del contagio, si se ensancha el concepto de familia y se hace de la lepra una enfermedad de la casa y de los concurrentes.

Por último, los partidarios de las ideas de Danielson y Roux, se ven obligados á acudir á las herencias colateral y atávica, modos de herencia no establecidos científicamente todavía.

El autor formula estas conclusiones:

1.ª La lepra es una enfermedad contagiosa que puede comunicar-

se, por tanto, á las personas que no proceden de familias leprosas;

2.ª La heredocontagiosidad debe ser admitida, pero en la propagación de la lepra sólo desempeña un papel mínimo;

3.ª El aislamiento es el único medio conocido hasta hoy para preservarse de esta enfermedad.

Termina el autor afirmando que hay en Egipto más de 3000 leprosos, según la información del Dr. Engel-Bey, jefe de estadística, y pide, como éste, el aislamiento de todos los enfermos para salvaguardiar á Egipto.

III. En Italia, cuyos habitantes escupen y expectoran en todos sitios con una libertad no igualada por ningunos otros, comienzan á intervenir los Municipios. En casi todos los Museos y galerías, particularmente Florencia, hay en todas las paredes el rótulo *Vietato di sputare;* pero en Italia como en Inglaterra, se hace poco caso del precepto, y los encargados de la custodia son los primeros en faltar á él.

De otra manera bien distinta van las cosas en la América del Norte. El Presidente del *Board of health* ha ordenado ya varias veces multas y prisiones, efectivas, á los transgresores; por su parte, la policía tiene instalado un servicio especial de vigilancia, de paisano, en los tranvías, ferrocarriles, etc., dedicados á la caza de infractores, y la administración del metropolitano acepta todas las quejas contra los conductores que no obligan á los pasajeros á cumplir lo prescrito. En Decatur (Illinois) se castiga con multa de 2 á 5 dollars á los que escupan en paseos, ascensores, etc. En San Francisco han sido presos más de 50 individuos por no respetar lo dispuesto. En el condado de Glamoringanshire, la Asociación para prevenir la tuberculosis ha publicado un edicto, en el cual conmina con multas hasta de 5 libras á los que escupen en la calle, carruajes públicos, iglesias, cafés, teatros, etc. (*British. med. Journal*).

En Lisboa han sido adoptadas medidas de igual naturaleza (*A Medicina contemporánea*, 30 marzo de 1902).

IV. *El humo del tabaco.* — Desde que Raspail afirmó que el tabaco era un agente preservativo de las enfermedades epidémicas, no ha dejado de discutirse su acción. E. Dumon, en su tesis de Montpellier (*Acción del humo del tabaco sobre algunos microbios de la boca*, 1902), ha dado varios experimentos, cuyas deducciones no dejan de tener valor práctico.

El humo del tabaco no ejerce acción sobre el desarrollo del bacilo tetánico, bacilo tifoideo, estreptococos, tetrágenos, leptotrix bucal;

en cambio, modifica muy notablemente la evolución del neumococo, bacilo diftérico, bacilo tuberculoso, bacilo griposo, estafilococos, hasta el punto de impedirla. Estos efectos ocurren, tanto si están aislados como asociados los microorganismos, pero no así cuando forman colonias microbianas, lo cual quiere decir que en las condiciones favorables el humo del tabaco sería preventivo, no curativo.

Deduce también que en la acción preinfectante no corresponde á la nicotina el principal papel, sino á los demás productos de la combustión.

V. *Desinfección en las comarcas rurales.*—La ignorancia, el abandono, las supersticiones, por una parte, y la falta de medios y de personal competente, por otra, dificultan ó imposibilitan en las comarcas rurales las prácticas de desinfección; así se forman focos infectivos que acaban cuando ha terminado el número de individuos receptores.

Los progresos sucesivos han enseñado que no todos los microorganismos son iguales ni exigen el mismo tratamiento, bastando á las veces medios y procedimientos sencillos para evitar la propagación de las infecciones.

Esta serie de consideraciones motiva que el Dr. Calmette escriba un artículo de propaganda relativo á las regiones rurales (*La pratique de la disinfection à la compagne*).—*L'Echo médical du Nord*, 6 de abril de 1902), que conviene vulgarizar.

La desinfección debe ser todo lo completa posible y ha de recaer sobre todos los *objetos sospechosos*, cada uno de los cuales no es tratable del mismo modo.

Contra los microbios más resistentes y contra los no conocidos (fiebres eruptivas, tifus exantemático, tuberculosis, cáncer), se ha de recurrir á los desinfectantes más enérgicos y de mayor poder de penetración; contra los más endebles (difteria, neumonía, erisipela, fiebre puerperal, fiebre tifoidea, coqueluche, gripe) pueden ser empleados los menos potentes.

El modo de ser de la familia, la clase de vivienda, etc., modifican el modo de proceder; la casa del pobre debe ser desinfectada en pocas horas.

Dados los conocimientos actuales, sería una práctica injustificable tratar del mismo modo todos los microbios patógenos, cuyas condiciones biológicas son distintas. El tuberculoso habrá infectado el suelo, las paredes, las ropas, pero probablemente no habrá hecho lo mismo con los colchones, el *sommier*, los cuadros, el retrete; habrá

infectado sus instrumentos de música de viento, sus libros al mojar los dedos para volver las hojas, etc.; á estos objetos debe dirigirse preferentemente la desinfección, si es que no puede ser completa. El tifoideo, en cambio, infectará las ropas de cama, el excusado, que serán, por tanto, los objetos más peligrosos. Lo mismo ocurre con los enfermos de cólera, de disentería. Las enfermedades eruptivas exigen la desinfección *total*, pues sus microbios, desconocidos, parecen ser diseminados por la atmósfera.

1.° *Desinfección de los locales.*—Debe abandonarse la *fumigación sulfurosa* por inútil aun para los microbios más frágiles (difteria, fiebre tifoidea), por no desinfectar y por los deterioros que causa. El hacerla obrar en húmedo, bien mojando los objetos, bien produciendo vapor de agua, produce ácido sulfúrico, que si mata los microbios, es también corrosivo para muchos objetos.

El medio más sencilo, eficaz y práctico es el *blanqueo con la cal*, pero *sin raspado previo.* Se diluye 1 kilogramo de cal viva en 5 litros de agua, añadiendo ésta en pequeñas cantidades, sobre todo al principio, para apagar lentamente la cal. Es tan económico como seguro y vale tanto como una solución de sublimado al 5 por 1000.

El *cloruro de cal*, en solución tibia al 20 por 1000, se destinará al lavado de los suelos, procurando con las escobas que penetre en todos los intersticios y al lavado de los ensamblados de las paredes y al de las puertas mediante trapos empapados en la solución. Esta es preparada diluyendo, en el acto de ser utilizada, 1 kilogramo de cloruro cálcico del comercio en 50 litros de agua tibia, agitándolo con un palo. Desprende cloro en bastante cantidad y no perjudica las manos.

Si no hay cloruro, que es muy barato, se recurre al *agua de Javel* de las lavanderas, diluyendo 1 litro de ésta en 30 de agua tibia.

El *agua de jabón* puede servir para las paredes pintadas al aceite, que luego son lavadas con la solución de cloruro.

Los *papeles* de las paredes deben ser sacrificados: se les lava con la solución de cloruro, á lo menos hasta la altura de un hombre, se deja airear ampliamente la habitación durante algunos días y luego se pone papel nuevo.

2.° *Desinfección de los muebles.* — Todos los muebles de *madera*, incluso la cama, y las sillas de rejilla serán lavadas con la solución de cloruro é inmediatamente secados con un trapo seco. Los objetos de *porcelana* y *cristal* serán sumergidos durante dos ó tres minutos en la misma solución.

Los *libros* y *juguetes*, no susceptibles de lavado, han de ser quemados. Si es preciso conservarlos, se les pone al *sol* y al aire libre tres ó cuatro días consecutivos.

Los objetos de *cuero* y *caucho* deben ser lavados con una solución de cloruro al 2 por 100.

Los de *metal* serán tratados con lienzos empapados en *vinagre* ó *alcohol*, quemando luego estos lienzos.

3.° *Desinfección de los colchones y ropas.* — Los *sommiers* serán expuestos al sol y cepillados cuidadosamente.

El contenido de los *jergones* y *colchones* ha de ser quemado. Las fundas y la ropa interior serán sometidas á la *lejía* hirviendo, de carbonato potásico ó de ceniza, así como todas las telas que hayan permanecido en la habitación, aun cuando no se las utilizara. Todas las ropas que se vayan aprovechando, serán sumergidas inmediatamente en un cubo lleno de agua, que contenga algunos kilogramos de *ceniza de madera* ó de cristales de *carbonato sódico* y luego llevadas directamente á la lejía.

Las telas de *lana* ó *seda*, que no soportan la lejía caliente, pueden ser mojadas en el cubo en frío; se las riega con agua de jabón y se las deja secar al sol.

El *sublimado* no es utilizable en frío para desinfectar las ropas, pues aparte de su poder tóxico, coagula las substancias albuminoideas y fija las manchas de sangre ó de pus, haciéndolas indelebles.

El *cresil* deja en las telas, especialmente en las de lana, depósitos de alquitrán muy adheridos y de difícil separación.

El *ácido fénico* es caro; del 4 al 5 por 100 es eficaz. Esteriliza en treinta y cinco minutos franelas empapadas en cultivos microbianos.

El *lisol* es tan ventajoso y casi tan activo. Es un compuesto de cresil, oleína y potasa, soluble por completo en el agua, apenas tóxico, y se usa al 20'3 por 100. Cuesta el kilogramo 2 pesetas (0'10 el litro de solución).

El *jabón de Marsella*, á la dosis de 40 á 50 gramos por litro, basta generalmente; pero es más caro que los desinfectantes citados.

4.° *Desinfección de excusados, materias fecales, esputos y productos patológicos.*—En los casos de cólera, fiebre tifoidea y disentería, se ha de cuidar mucho de aquéllos y de los objetos que toquen.

La desinfección de los *excusados* se hace con el cloruro cálcico: 200 gramos por metro cúbico diluídos en poca agua.

La de las *materias fecales*, vertiendo en la vasija que las reciba un

volumen igual de lechada de cal ó de solución de lisol al 5 por 100.

Para los *esputos y productos patológicos*, el lisol es el mejor, pues no coagula las materias albuminoideas, no mancha, no molesta su olor aromático, y no es caro. De no tenerlo, empléese el ácido fénico al 5 por 100.

BIBLIOGRAFÍA

POR

D. JOSÉ MONMENEU

De las Sociedades Española y Francesa de Higiene.

MADRID BAJO EL PUNTO DE VISTA MÉDICOSOCIAL, con un plano sanitario demográfico, 86 fotograbados y gráficos y numerosos cuadros estadísticos, por el Dr. Ph. Hauser, 1902.

Después de hojear, con menos detenimiento del que merecen, las 537 páginas en 4.° del último libro publicado por el Dr. Hauser, debo consignar mi gratitud para el director de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, Sr. Ulecia, por haberme obligado á realizar pronto su lectura, al invitarme á escribir esta nota bibliográfica. Hace tiempo que no leía en español libro tan de mis aficiones, con material tan abundante y variado de datos estadísticos, inéditos unos, esparcidos ó diseminados los más, tan nutrido de noticias, y con criterio más sólido.

La obra del Dr. Hauser es un estudio médicosocial, ó mejor, higiénicosocial de la capital de España; constará de dos tomos, de los cuales, el primero, único publicado, trata de la topografía, geología y climatología de Madrid, del saneamiento del suelo y de la vía pública, el alcantarillado, el abastecimiento de aguas potables, las condiciones sanitarias de las viviendas, las calles y los establecimientos públicos, las casas económicas para obreros, la demografía...; y como se deduce por esta sencilla enumeración de materias, constituye una verdadera topografía médica de Madrid, la única hasta hoy publicada.

Incurrirían, sin embargo, en error aquellos que creyeran por esto que sólo interesa á los que en Madrid vivimos, pues si bien es verdad que de Madrid son los datos, la exposición de principios científicos, las reseñas de servicios extranjeros y el estudio y la crítica de las

leyes y prácticas sanitarias de otras naciones, son de carácter general, por todos utilizable, y de aplicación á los grandes como á los pequeños pueblos.

A la profundísima revolución realizada en Medicina por el genio inmortal de Pasteur, sigue otra más honda y transcendental de la higiene; más honda, porque no se limita á estudiar la génesis de las enfermedades y los medios ds combatirlas una vez producidas, sino á prevenirlas; de más transcendencia, porque la misión puramente individual de la Medicina clínica, se va completando con una más amplia, más universal, y aun en cierto modo más humanitaria; como que afecta á la colectividad y tiene la pretensión de suprimir las enfermedades infecciosas, extinguir las endemias, evitar las epidemias, y reducir por tanto la mortalidad general. De ahí que siendo la obra del Dr. Hauser un estudio sanitario de Madrid, sean de carácter general sus conclusiones.

Aparece este libro con gran oportunidad; y si alguna justificación necesitara, encontrarlala precisamente en el fin que se propone: el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población, íntimamente ligadas con la morbicidad y la mortalidad. La mortalidad de Madrid sigue siendo muy alta, superior al 32 por 1000 al año, y no han bastado el conocimiento que de ello se tiene desde los primeros números del *Boletín de estadística demográficosanitaria*, ni las campañas de la prensa periódica, ni la publicación de libros y folletos que tratan de las enfermedades endémicas y epidémicas y de la demografía, para lograr, no ya rebajarla á las cifras para nosotros ideales de Londres y Bruselas ó siquiera París, sino ni aun reducirla de modo permanente, puesto que si algún año disminuye, bien pronto se desquita la muerte por medio de cualquiera de las muchas epidemias que con tanta frecuencia nos visitan.

Desarrolla el Dr. Hauser su trabajo con la misma metódica severidad empleada en publicaciones anteriores suyas, y singularmente en sus *Estudios médicosociales y médicotopográficos de Sevilla*, que son como los hermanos mayores de *los de Madrid*. Recorriendo los capítulos de esta obra, se forma idea de cuántos y cuán grandes son los defectos de la vida urbana de la Corte, cual el abandono de la higiene pública ó colectiva á pesar de los indiscutibles progresos realizados en los últimos años, y se obtiene la explicación de la abundancia de aquellas enfermedades, contra las que justamente es más eficaz la lucha profiláctica, como son las infecciosas.

No he de hacer el análisis del libro; ni ese es mi propósito, ni aun-

que lo fuera, podría realizarlo en el breve espacio que las dimensiones de la REVISTA consienten dedicar á la aparición de obras nuevas. Basta á mi objeto llamar la atención de los lectores acerca de un trabajo de mérito que habrá de ser consultado por cuantos quieran hacer estudios de demografía sanitaria con aplicación á Madrid.

En tres grandes agrupaciones puede dividirse el contenido del tomo: exposición de conocimientos generales de higiene, estudio de las condiciones sanitarias peculiares de Madrid y crítica razonada de sus defectos, con la indicación de los medios de corregirlos.

La primera es trabajo de mucha erudición y supone perfecto dominio del asunto. La segunda, obra de investigación y rebusca personal, en la que el autor ha debido emplear gran perseverancia y poner á contribución muy diversos elementos. Para comprender el esfuerzo realizado en su confección, es necesario saber que abarca las más variadas materias; pues empieza con un bosquejo de la evolución histórica de Madrid en relación con la policía sanitaria desde su origen hasta nuestros días, concluye con la exposición y análisis de la demografía, en relación con las condiciones económicosociales de la Villa, y dedica largos capítulos á los más importantes problemas de la higiene urbana. La tercera, por último, consecuencia de las anteriores, condensa las opiniones personales del autor; y participe ó no de ellas, de justicia es afirmar que están expuestas de modo categórico, con claridad y sin atenuaciones, según corresponde al propósito de decir la verdad, guiado por fin tan noble como el deseo de lograr por el perfeccionamiento de la urbe la prolongación de la vida.

Todos los capítulos son de igual interés; en todos hay elementos aprovechables; el higienista hallará manantial copioso de enseñanzas que sólo podría adquirir consultando multitud de trabajos dispersos; el médico, datos que le sirvan para la práctica, y la autoridad, guía científica para sus determinaciones relativas á la salud pública.

La extensión y las condiciones literarias de la obra del Dr. Hauser, impiden que sea de vulgarización; mas su semilla es fecunda, y á despecho del tradicional quietismo y de los obstáculos que entorpecen siempre las grandes transformaciones, influirá en la opinión y fructificará, más ó menos pronto, en forma de progresos sanitarios y sociales que pongan la capital de España al nivel de las principales ciudades de Europa.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 3 de Mayo de 1902.

Casos notables. — El Dr. *San Martín* usa de la palabra para presentar algunos casos notables que pueden considerarse como verdaderas curiosidades quirúrgicas.

En primer término, dijo, se halla una *familia de zambos*, compuesta de cuatro hermanos, el mayor de trece años, que andan de rodillas y parecen *estatuas orantes*, observándose en ellos algunas diferencias, así en lo referente á la mayor ó menor dificultad en la progresión como en la rotación interna de sus extremidades inferiores que pueden explicarse por la edad, peso del cuerpo y demás condiciones individuales, y proponiéndose apelar á la cirugía para modificar tales deformidades, teniendo siempre en cuenta que no es lo mismo el éxito operatorio que el terapéutico, y que á veces debe ser incompleta la operación, confiando en que el tiempo acomodará paulatinamente las partes á su función fisiológica.

Después presentó un niño de tres años que *en lugar de manos, ofrece dos muñecas*, con los dedos unidos, por efecto de quemadura; proponiéndose empezar la tarea quirúrgica por dejar en libertad dos de dichos dedos, uno de los cuales será el pulgar.

Por fin, los señores Académicos examinaron una mujer que estando sacudiendo la canaleja con la mano derecha, mirando al cubo en sentido contrario al de costumbre, un callo de herradura que sirve de cuña en el engrane de la maquinaria del molino harinero, le cogió la ropa del brazo derecho y siguiendo á la frente le *arrancó el cuero cabelludo hasta el occipucio*, que aplicado inmediatamente á los demás tejidos, por el facultativo de asistencia, no se adhirió; habiéndose presentado después *ataques epilépticos* que probablemente se curarán por la falta de condiciones favorables de herencia, de edad y de hábito, y siendo muy favorables los efectos logrados con el uso del *bromuro potásico*, del que toma ya la paciente 8 gramos diarios, desde hace ocho días, puesto que casi han desaparecido los ataques convulsivos.

Cree que en este último caso no podía pensarse en la craniotomía, por la falta de tejidos con que cubrió la abertura operatoria; y cita una mujer afectada de caries sifilítica de los huesos del cráneo en que se veía la substancia cerebral, en la parte correspondiente á los ventrículos laterales, y que conservaba íntegras sus facultades intelectuales y demás funciones nerviosas, quejándose solamente de algo de *cefalea*.

Constitución médica reinante.—El mismo Dr. *San Martín* reanuda su interrumpido discurso para dar cuenta de cuatro casos de una afección quirúr-

gica extraña, que había observado en dicho tiempo, y se ha manifestado por flegmasía difusa, que empezaba por la muñeca y se extendía con lentitud á la parte superior de la extremidad torácica, produciendo supuraciones profundas que dejaron al descubierto los huesos cúbito y radio, respetando la piel.

Cree que dicho padecimiento era un estado intermedio entre la foruncolosis y el flemón difuso, que podía llamarse *panarizo del brazo* por sus grandes analogías con el de los dedos; le atribuye á una *infección de estreptococo*, que fué el ser microscópico que halló en sus investigaciones, determinando la liquefacción de la gelatina, y faltando los estafilococos, y hace notar que la temperatura de los enfermos no llegó á 39°, y que los huesos no cayeron en necrosis, á pesar de la destrucción del periostio.

El Dr. *San Martín* habla después del tratamiento del panarizo, sosteniendo que no debía dilatarse inmediatamente, como antes se hacía, y era más conveniente aguardar á que se hallara en cierto grado de madurez ó supuración; después del empleo de los emolientes, ejecuta una pequeña incisión superficial, buscar la fístula y dilatarla con el bisturí, con lo cual se disminuían extraordinariamente los sufrimientos del enfermo, y la curación se lograba en una semana, mientras que en las incisiones duraba medio año.

Añade que análogo procedimiento ha seguido en los casos á que alude; que ha buscado las fístulas practicando 16 ó 18 pequeñas rajas, y que el éxito ha sido tan satisfactorio que tiene la seguridad de que tres enfermos se hallan enteramente curados.

Termina manifestando que es indudable la influencia de las condiciones meteorológicas en la génesis y curso de los afectos quirúrgicos, que en cierto período de tiempo se observan, por ejemplo, gran número de *aneurismas*, y en otros, no; y que lo mismo sucede con las flegmasías y otros procesos.

El Dr. *Iglesias*, contestando á las observaciones expuestas por el Dr. San Martín, así en la primera sesión en que se trató de este asunto, como en la de hoy, dice que en lo referente á la menor frecuencia de la difteria, que dicho señor Académico había atribuído á los sueros antidiftéricos que ahora se emplean, debía recordar lo consignado en un informe de la Sección de Medicina, de que fué ponente y fechado á 12 de noviembre de 1896, que se publicó en los *Anales* de la Corporación, después de aprobado por ésta. En dicho informe se aseguraba que hacía ya doce años, es decir, muchos antes de haberse empezado á usar los sueros antidiftéricos, que la difteria había disminuído en frecuencia é intensidad, no solo en Madrid, sino en otras muchas partes de España y del extranjero.

Añade que según una tesis de Furriol, publicada en este año, la difteria es en París actualmente más mortífera que en los años anteriores, exigiendo desde luego el empleo de 60 á 80 centímetros cúbicos de suero, mientras que antes bastaba 20 centímetros, y que con dicha práctica ha descendido la mortalidad á 4 por 100.

Sostiene como indudable el influjo de la constitución médica en la práctica quirúrgica, así en lo que se refiere á la génesis de los estados morbosos, como á las consecuencias de las operaciones; citando lo que presenció en la Clínica de operaciones del Dr. Sánchez Toca, que había períodos en que los operados curábanse fácilmente y sin complicaciones, mientras que en otros

casos ocurría todo lo contrario, y se desgraciaban los operados con lamentable frecuencia.

El Dr. *San Martín* sostiene que las complicaciones y accidentes post-operatorios son ocasionados casi siempre por la omisión de las precauciones asépticas, no siendo necesario apelar á las condiciones meteorológicas para explicar tales fenómenos; que las *gasas* son muchas veces responsables de la *sepsis*, como tiene ocasión de comprobar diariamente, así como las *turbias* de las aguas del Lozoya; y que, á pesar de todo, hay casos en que no pueden evitarse las supuraciones, como sucede en la Clínica de Kocher en que tan escrupulosamente se observan las reglas antisépticas.

El Dr. *Iglesias* lee algunos párrafos del informe de la Sección de Medicina, á que antes aludió, y sostiene que la *espontaneidad de la vida* es un factor principalísimo, el más importante para explicar la génesis de los afectos quirúrgicos ó médicos, y el resultado próspero ó adverso de las operaciones, y que dicha espontaneidad constituye una *causa inmanente*, con la cual siempre ha de contar el médico, artista de la vida del hombre, así en la salud como en la enfermedad, en el diagnóstico, en la etiología, en el pronóstico y en la terapéutica.

PERIÓDICOS

Punción precoz en los derrames serosos de la pleura. — La fototerapia en los exantemas. — Cálculo calizo de una glándula de Meibomio. — El Dr. J. Figueras publica en la *Gaceta Médica Catalana* las siguientes notas clínicas:

«Confirmando, tal vez, el concepto de infecciosas que se atribuye hoy á la casi totalidad de las pleuritis, ocurrieron en el departamento de Maternidad del Hospital civil de Gerona, varios casos de pleuresía terminada por abundante derrame seroso, con circunstancias dignas, en mi concepto, de atención.

En el espacio de treinta y dos días sufrieron la mentada enfermedad tres asiladas (como término medio hay en este departamento de 8 á 15 mujeres); las tres fueron invadidas del décimo al décimo quinto día de puerperio; en todas hubo supresión casi completa de los loquios, coincidiendo con los fenómenos iniciales de la enfermedad (elevación térmica á 39°, dolor pungitivo en el costado, tos seca, etc.). En todas se estableció el derrame rápidamente y en cantidad tan notable, que la percusión acusaba macicez absoluta hasta en el vértice, y el corazón estaba notablemente dislocado (pleuritis izquierda).

Desconfiando del éxito de la medicación farmacológica empleada durante una semana (tercera de enfermedad), en la primera paciente, sin resultado apreciable en el concepto de disminución del derrame, practiqué una punción por el sexto espacio intercostal izquierdo, entre las líneas axilar y escapular, extrayendo 1200 cent. cúb. de una serosidad límpida, albuminosa, ligeramente cetrina.

El resultado de esta primera punción fué un notable alivio de la disnea, pero la macicez continuó tan absoluta y extensa como antes.

Cuatro días después, nueva punción, dando salida á 1400 cent. cúb. de

serosidad. Desde aquel momento pudo ya apreciarse una sonoridad marcada en el vértice, sonoridad que de día en día se extendió dando á comprender que la reabsorción era activa y que el pulmón recobraba su situación y funcionalismo normal. Curación á los cincuenta días.

La segunda enferma nada de particular ofreció, sufriendo también dos punciones y saliendo curada.

En cuanto á la tercera, hubo de notable que, si bien después de la segunda punción se dilató notablemente el pulmón retraído, ni la defervescencia fué completa, ni desapareció del todo el derrame, obligándome á practicar una tercera punción, mediante la cual pude sólo extraer unos 400 cent. cúb. de líquido.

Posteriormente se inició una desnutrición bastante rápida, que me hizo temer el desarrollo de una tuberculosis; por desgracia se confirmó ésta y hoy está en pleno período de ulceración pulmonar».

Durante la última primavera y con ocasión de haberse desarrollado una pequeña epidemia de viruela, quiso comprobar el Dr. Figueras la eficacia del tratamiento de las fiebres eruptivas con la luz roja, tan preconizado durante estos últimos años en las Revistas científicas extranjeras.

Para mejor lograr su objeto distribuyó los enfermos en dos series, alternando el tratamiento clásico con el nuevo que quería estudiar, y procurando en lo posible sujetar á uno y otro, individuos de parecidas condiciones orgánicas (edad, sexo, temperamento, resistencia del organismo y haber sido vacunados con éxito ó no, etc.).

Los resultados de su experimento fueron perfectamente claros y decisivos, demostrándole:

1.° Que la duración total de la enfermedad fué bastante menor (en igualdad de condiciones), en los enfermos tratados exclusivamente con la permanencia en local en que no penetraban más que rayos rojos que en los que se sujetaron á otros tratamientos.

2.° Que en los fenómenos de reacción general, tanto en el período de erupción como en el de supuración, fueron mucho menos intensos en los primeros, no experimentando elevación térmica superior á 39°.

3.° Que los síntomas subjetivos fueron notablemente remisos en los tratados con la luz roja.

4.° Que la evolución de las pústulas, aun siendo el exantema confluente, además de ser muy rápida, iba acompañada de tan escasa reacción local, que era apenas perceptible la aureola que rodea siempre á aquéllas.

5.° Que el daño causado á la red de Malpighio era poco profundo, por lo cual, la reparación fué rápida y casi completa.

6.° Que la convalecencia fué siempre corta.

A fines de octubre del año último, reclamó sus cuidados un hombre de unos cuarenta y cinco años de edad, por sufrir una afección ocular, que le molestaba extraordinariamente y para cuya curación había estado sujeto á varios tratamientos, ninguno de los cuales logró aliviarle; por el contrario, á medida que transcurrían los días agravábanse sus molestias hasta el extremo de hacérsele imposible todo trabajo.

Según el enfermo refirió, había comenzado su dolencia por un simple catarro conjuntival que apenas si le molestaba más que al anochecer, con la im-

presión de sequedad en ambos ojos, algún escozor y sensación de arenillas, y por la mañana abundante secreción mucosa, que aglutinando las pestañas, le impedía abrir los ojos hasta que mediante abundantes lociones con agua tibia, lograba despegar las costras que mantenían cerrados los párpados. Después de emplear varios medios caseros y en vista de su inutilidad, se sujetó á las prescripciones de un comprofesor, que le practicó algunas cauterizaciones de la conjuntiva palpebral con el nitrato de plata, obteniendo en pocos días la curación de la dolencia en el ojo derecho.

El izquierdo, por el contrario, se agravó en el concepto de aumentar los fenómenos irritativos con intensa inyección bulbar y una tenaz fotofobia.

Entonces fué cuando le vió por primera vez el Dr. Figueras, y al invertir ambos párpados para examinar el estado de las mucosas, le llamó la atención un ligero abultamiento de la del inferior con un punto blanco en el centro; creyendo que se trataba de un pequeño absceso y al intentar abrirlo con un cuchillo de catarata le sorprendió la impresión que percibió del contacto de un cuerpo duro y rugoso; haciendo penetrar más la punta del cuchillo logró extraer un cuerpo calizo del tamaño de un pequeño grano de mijo.

Explicada con esto la causa de la enfermedad, limitó el tratamiento á simples cuidados higiénicos y al uso de un colirio astringente, á beneficio del cual desaparecieron todos los síntomas, volviendo el ojo al estado normal.

Esta curación, no fué, sin embargo, duradera. Al mes escaso volvió el enfermo aquejando las mismas molestias que la primera vez; invirtiendo el mismo párpado inferior vió que se había reproducido la concreción calcárea, en vista de lo cual destruyó con el galvanocauterio toda la glándula, después de extraer el cálculo. Desde entonces ha visto varias veces á este enfermo, no habiendo vuelto á padecer de sus ojos. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 3 de Junio de 1902.

Desarrollo del Nagana y su variabilidad según las especies animales. — El Dr. A. Laveran: La epizootia, conocida con el nombre de Nagana, de enfermedad de la mosca tsétsé, ó por abreviatura, enfermedad de la tsétsé, es para muchas regiones del Africa central un verdadero azote. Los bovinos y los equinos no viven en estas regiones; los animales de tiro faltan; sólo el hombre, á causa de su inmunidad para el Nagana, puede emplearle para los transportes ó las labores.

Se creía antes que la mosca tsétsé era ponzoñosa. Las investigaciones hechas por el Dr. Brucei en la Zululandia han demostrado que el agente patógeno del Nagana es un protozoario del grupo de los Flagelados, un Tripa-

nosoma perfectamente conocido hoy con el nombre de *Trypanosoma Brucei*. La tsétsé propaga el Nagana porque transporta é inocula este parásito. Cuando una de estas moscas pica un animal infectado, los tripanosomas quedan adheridos en el interior de la trompa, y si el insecto pica después un animal sano, le inocula la enfermedad. Las picaduras de las tsétsés capturadas en una región donde reina el Nagana, no son peligrosas más que durante cuarenta y ocho horas; pasado este tiempo, sus picaduras son inofensivas porque los tripanosomas que se adhieren á su trompa han muerto (D. Bruce).

La caza mayor que vive en el centro del Africa está con frecuencia infectada de Nagana; la tsétsé que sigue á estos animales se infecta picando los búfalos, los antílopes, etc.

El estudio del Nagana es interesante por más de un concepto. En este trabajo nos proponemos estudiar principalmente el desarrollo de la enfermedad en los diversos animales; la variabilidad de este desarrollo, según las especies es, como veremos, muy notable.

Se conocen hoy varias epizootias producidas por tripanosomas que, desde el punto de vista morfológico, tienen entre sí grandes semejanzas. El Surra de la India, conocido desde 1880, y el Mal de caderas, señalado recientemente en las regiones centrales de la América del Sur, son producidos por tripanosomas muy parecidos al *Trypanosoma Brucei*. La Durina constituye al parecer una entidad morbosa perfectamente caracterizada; lo mismo ocurre con la enfermedad de los bóvidos observada por Theiler en el Transvaal y producida por el *Trypanosoma Theileri*; Dutton ha descubierto recientemente tripanosomas en la sangre del hombre en Gambia, y es probable que esta lista de los tripanosomas patógenos no sea completa.

Para no incurrir en confusión es necesario, por consiguiente, cuando se estudia un tripanosoma patógeno, indicar su procedencia, sus caracteres morfológicos y su acción sobre las especies animales más comunes.

El estudio experimental del Nagana, tan bien principiado por Bruce en Zululandia, fué continuado en Inglaterra por Kanthack, Durhan y Blanford y por Plimmer y Bradford. Un perro enfermo de Nagana, enviado por Bruce á Inglaterra en noviembre de 1896, suministró el virus que utilizaron estos observadores. El virus que hemos empleado tiene el mismo origen, y nuestros resultados son idénticos á los de los autores citados.

Las enfermedades producidas por los protozoarios son, en general, propias de una especie ó de un pequeño número de especies parecidas; el paludismo sólo se observa en el hombre, la piroplasmosis bovina es especial en los bovinos, la ovina de los óvidos, la canina de los canidos, el tripanosoma de las ratas sólo es inoculable á éstas, etc.; el Nagana, al contrario, puede desarrollarse en la mayor parte de los mamíferos; por una excepción afortunada, el hombre es refractario á esta enfermedad terrible. Livinstone, Foâ y todos los viajeros que han atravesado las regiones donde reina el Nagana, cuentan haber sido picados millares de veces por moscas tsétsé, sin padecer más que accidentes locales ligeros análogos á los que producen los mosquitos.

Excepto los mamíferos, no se conoce ningún otro animal que sea sensible al Nagana; las aves en particular son refractarias.

El Nagana es inoculable con facilidad. Puede decirse que las inoculaciones son eficaces siempre que se hagan debajo de los revestimientos epidérmicos ó epiteliales.

Cuando la sangre que contiene los tripanosomas se inyecta en una vena ó en el peritoneo, la infección es más rápida que cuando la inyección se hace en el tejido conjuntivo subcutáneo, pero por esta última vía la inyección se produce con igual seguridad que por las primeras.

La duración del período de incubación (tiempo que transcurre entre la inoculación y la aparición de los parásitos en la sangre), varía con la especie animal, con la abundancia en tripanosomas del líquido inyectado y con el estado de estos parásitos.

Cuando el líquido inyectado no contiene más que un cortísimo número de parásitos, la duración del período de incubación es igual que cuando se inyecta sangre abundante en tripanosomas. Lo mismo ocurre cuando los tripanosomas se han conservado durante uno ó dos días á la temperatura del laboratorio ó sometido por espacio de una ó dos horas á la temperatura de 40 á 41°. La disminución de la facultad virulenta sólo se manifiesta por la prolongación del período de incubación; la infección producida nada pierde de su gravedad.

En ciertos animales, en particular en las ratas y ratones, el *Trypanosoma Brucei* se multiplica con rapidez y regularidad, de modo que el examen histológico de la sangre basta para apreciar los progresos de la infección; en otros animales los tripanosomas son rarísimos, al menos en ciertos períodos de la enfermedad, tanto que el diagnóstico no puede hacerse sólo por el examen histológico de la sangre. Es indispensable en este caso inocular 1 ó 2 centímetros cúbicos de sangre del animal sospechoso á otro en el que el desarrollo del Nagana sea rápido y regular.

El Nagana se desarrolla como una enfermedad aguda ó subaguda siempre mortal, otras como una enfermedad que puede terminar por la curación.

Entre los síntomas más constantes merecen citarse: la fiebre, la anemia, los edemas; pero hay grandes diferencias según las especies animales.

En las ratas no se observa ni fiebres ni edemas, aunque á beneficio de un tratamiento apropiado se prolongue la vida de estos animales durante dos meses y más.

En el conejo los accesos febriles son muy irregulares.

En el conejillo de Indias y en el perro la fiebre reviste con frecuencia el tipo continuo, con remisiones matutinas más ó menos marcadas.

Los equinos tienen, mientras dura la enfermedad, fiebre remitente.

En los bovinos, después del ataque febril inicial, la temperatura se hace normal.

En el perro, las temperaturas febriles persisten de ordinario hasta el día de la muerte; otros animales, cerdo, mono, mueren en hipotermia.

Los edemas, muy notables de ordinario, en el conejo y en el caballo, son ligeros ó nulos en el conejillo de Indias, el perro, el carnero, la vaca y la cabra.

La blefaroconjuntivitis, la coriza, las úlceras cutáneas, la caída parcial de los pelos, son síntomas comunes en el conejo, raros en otros animales.

La opacidad de la córnea se observa en unas especies y en otras no.

En algunos perros, en el caballo y en el asno, se observa al fin de la enfermedad paresia del cuarto posterior; sólo el cerdo presenta parálisis casi completa de los cuatro miembros.

Las ratas mueren casi siempre de un modo brusco con movimientos convulsivos; este género de muerte es mucho más raro y no se ha observado en ninguna otra especie.

Los tripanosomas se multiplican en la sangre de una manera muy variable.

En el conejo y en la rata, el número de tripanosomas aumenta con rapidez y regularidad; en el momento de la muerte, el número de parásitos parece cuando menos igual al de los hematíes.

En el perro y en el mono, después del período de incubación, los tripanosomas se multiplican con bastante rapidez, pero de un modo menos regular que en los roedores, y rara vez en las mismas proporciones que en estos últimos.

En el conejo, los tripanosomas son casi siempre raros, aun en el momento de la muerte.

En el conejillo de Indias no hay progresión regular en el número de tripanosomas.

En los equinos, la curva que indica el número de los tripanosomas presenta grandes oscilaciones, casi paralelas á las de la temperatura.

En el cerdo, los tripanosomas son tan raros que el examen histológico no revela su presencia; únicamente en los días últimos de la enfermedad, cuando la temperatura se hace inferior á la normal, los parásitos se multiplican en la sangre.

En la vaca, el carnero y la cabra, los tripanosomas existen casi siempre en tan pequeño número que para comprobar la infección es preciso recurrir á los animales de prueba.

Fenómeno curioso: hasta la anatomía patológica da resultados diferentes. La hiperesplenia, constante y notable en las ratas y los ratones, falta casi siempre en los conejos.

¿Por qué varía tanto el desarrollo del Nagana, según las especies animales?

Las causas que intervienen para aumentar ó disminuir la virulencia del *Tr. Brucei* son indudablemente múltiples.

Hay que preguntar ante todo si la virulencia del *Tr. Brucei* para los roedores aumenta á causa de los pasos por los animales que se han utilizado en los laboratorios de preferencia á otros para el cultivo del parásito del Nagana, y si á la vez la virulencia ha disminuído para otras especies, los bóvidos, por ejemplo.

La virulencia de los tripanosomas puede atenuarse algo por el paso de especies diferentes, de lo que hemos observado algunos ejemplos.

El tripanosoma del Nagana encuentra indudablemente en la sangre de ciertas especies animales un medio más favorable para su multiplicación, que en la sangre de otros; pero esta explicación no hace más que transformar el problema. ¿Por qué la sangre de ciertos mamíferos es un medio de cultivo mejor para el *Tr. Brucei* que la de otros?

La temperatura de los animales puede desempeñar cierto papel. Los tri-

panosomas del Nagana toleran mal *in vitro* las temperaturas de 40 á 41°, cuando la exposición á ellas es prolongada; lo mismo acontece *in vivo*.

Cuando en un animal inyectado de Nagana se produce una fiebre viva con temperatura de 40 á 41°, se ven los tripanosomas disminuir de número; cuando la fiebre desciende, la multiplicación de los parásitos principia en la sangre. De aquí las oscilaciones casi paralelas en los equinos, del número de tripanosomas y de la temperatura; después de los accesos febriles, la curva de los parásitos desciende.

La temperatura elevada de las aves desempeña al parecer cierto papel en el estado refractario de estos animales para el Nagana.

Sin embargo, la influencia de la temperatura del cuerpo de los animales sobre el *Tr. Brucei*, no explica más que un corto número de hechos; es indudable que intervienen otras causas para modificar la marcha del Nagana.

El suero humano inyectado á los animales que padecen esta enfermedad hace desaparecer, al menos temporalmente, los tripanosomas, y es al parecer indudablemente que esta propiedad del suero humano está en relación con la inmunidad natural del hombre por el Nagana. Puede preguntarse si los leucocitos de ciertos animales contienen una substancia análoga á la que da al suero humano sus propiedades notables, pero en cantidad demasiado débil para que sea posible apreciar la acción de su suero sobre el *Tr. Brucei*, como se aprecia la del suero humano.

Los tripanosomas, cuando existen en grandísimo número en la sangre (período último de la enfermedad en las ratas y los ratones), pueden obrar de un modo mecánico, obstruyendo los vasillos del cerebro ó del bulbo; así se explica probablemente la muerte rápida, acompañada de movimientos convulsivos, que es común en las ratas. Pero en muchos animales que mueren de Nagana se observan muy pocos tripanosomas durante todo el curso de la enfermad: obsérvase esto sobre todo en el conejo. Se ha admitido, por lo tanto, que los tripanosomas producen una toxina que determina accesos febriles, paresias, trastornos de la nutrición, y por último, la muerte. Es de creer que el sistema nervioso de ciertas especies animales, es más sensible que el de otras á esta toxina, lo que explica el predominio de tal ó cual síntoma en tal ó cual especie.

Entre las causas capaces de influir sobre la marcha y el grado de gravedad del Nagana, es preciso citar, además, la raza y probablemente la herencia morbosa en los países donde reina dicha enfermedad. Los animales salvajes del Africa central, búfalos, antílopes, etc., aunque sensibles al Nagana pueden multiplicarse en las regiones donde habita la mosca tsetsé.

Nos expondríamos á errores graves en la interpretación de los hechos, si, sin tener en cuenta la sensibilidad variable de los animales para el *Tr. Brucei*, atribuyéramos al tratamiento ó al empleo de un virus atenuado la supervivencia de animales, como los bóvidos ó la cabra, en los que la curación espontánea no es rara. Los animales que curan adquieren la inmunidad. Este hecho basta por sí sólo para demostrar el interés del estudio del desarrollo del Nagana en las diferentes especies de animales; este estudio debe servir de base á las investigaciones relacionadas con el tratamiento ó la profilaxis del Nagana, investigaciones que nos proponemos continuar.

(*Bull. de l'Academie de Médecine*).—F. Toledo.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Continuación)

Medicamentos de economía. — El Dr. H. Soulier: La *acción de economía* podemos comprenderla hoy de tres maneras, así que podemos repartir los hechos, reunidos con este título común, en los tres grupos siguientes:

I. Alimentos de economía, capítulo de fisiología pura más que de higiene;

II. Medicamentos que se oponen á la pérdida, es decir, que disminuyendo los procesos de oxidación, hacen más lentos los cambios moleculares. No pueden afirmar el descenso del período de oxidación y la lentitud del cambio molecular más que cuando el primero está exagerado y el segundo morbosamente acelerado;

III. Medicamentos llamados más comunmente de economía, agentes ó medicamentos de utilización, de explotación de las reservas de alimentos.—A este grupo, al que pertenecen el café, la kola, damos de preferencia el nombre de medicamentos de economía.

I. Alimentos de economía.—El experimentador tiene sobre todo en cuenta en este caso los alimentos propiamente dichos que limitan las pérdidas en substancias protéicas de constitución, las reservas protéicas en el animal cuya ración alimenticia es inferior á la de sostenimiento, á la de equilibrio azoado. Inútil es decir que la alimentación azoada, en particular la de carne en el carnívoro, ó un aumento de su *quantum* si ésta es insuficiente, es en este caso lo primero que se prescribe. Sin embargo, conviene saber que la adición de la grasa á la ración de carne disminuye siempre la eliminación azoada. Pero como utilización inmediata, sobre todo si el organismo necesita hacer gastos de energía, los hidratos de carbono son más importantes que la grasa como factores de economía albuminoidea.

La gelatina tiene caracteres muy contradictorios. Chauveau la considera como un alimento de energía, que coloca á la par de los hidratos de carbono; por otra parte, es transformada completamente, provocando una eliminación en azoe superior siempre al *quantum* ingerido, de modo que sólo á falta de todo otro alimento albuminoideo puede servir de ración de sostenimiento. Como suplente de una ración de carne, es, por el contrario, un alimento de economía más efectivo que los hidratos de carbono *a fortiori*, que las grasas. Un perro que perdía diariamente 50 gramos de peso ingiriendo 400 gramos de carne y 200 de grasa, ganó 44 gramos comiendo 400 gramos de carne y 200 de gelatina; 100 gramos de gelatina equivalen próximamente á 200 gramos de hidrato de carbono. Por lo tanto, la gelatina, mejor que la grasa, facilita la utilización de la dieta de carne.

Quizá sea preciso admitir que en ciertas circunstancias, en caso de ración insuficiente de alimentos, el organismo, igual que en el envenenamiento por el fósforo, igual que en el tiroidismo, derrocha, según la expresión de Arthus, su azoe. La gelatina impide este despilfarro. El cloruro sódico obra de la misma manera.

II. Medicamentos que se oponen á la pérdida ó medicamentos de economía. — Propongo dar á la palabra *que se opone á la pérdida*, el sentido literal de agente moderador de los cambios orgánicos, los procesos de oxidación, el gasto de los tejidos, de los elementos orgánicos, en vez del sentido fantástico, erróneo, que tiene en la historia de los agentes de economía cuando significa: agente que permite á tal elemento orgánico, á tal órgano, funcionar, gastar su energía, sin que al cumplimiento de la función, al gasto de energía, corresponda un gasto, un hecho material cualquiera que no pueda ser, sin embargo, la condición *sine qua non*.

Muchos de los trabajos de química biológica del Dr. A. Robin tienen por objeto el estudio de ciertos procesos morbosos y el modo de acción de los medicamentos que se les oponen y pueden incluirse en este capítulo.

En sus *Lecciones de clínica y de terapéutica médica*, publicadas en 1887, fundándose en los resultados del análisis de la orina, y á propósito del proceso tífico, probó la acción moderadora del extracto de quina sobre la desasimilación; lo mismo ocurre con la quinina, el alcohol y el café. La antipirina, el arseniato de sosa en la diabetes, entre otros, son, según dicho autor, agentes de economía.

El abuso del alcohol, el trabajo excesivo intelectual y físico, el insomnio, las vigilias, son causas que predisponen á la tuberculosis y exigen, como ella, el reposo y los medicamentos moderadores de los cambios respiratorios: arsenicales, tánicos, aceite de hígado de bacalao, todos ellos agentes de economía para Robin, y que creo se oponen á la pérdida.

III. Medicamentos llamados más comunmente de economía (agentes medicamentosos de sostenimiento nutritivo, agentes de explotación de las reservas de alimentos). — Dado este grupo de medicamentos ó de agentes de la higiene alimenticia, de los condimentos podría casi decirse, que comprende el café, la cafeína, la nuez de kola, las hojas de coca, á las que algunos agregan el ácido arsenioso y el alcohol, ¿cómo comprender la acción, que una tradición relativamente reciente califica de economía, dando á esta palabra, demasiado paradójica, en todo caso distinta para nosotros de la de agente moderador de la desnutrición, que disminuye el proceso de desnutrición?

No puede negarse que masticando algunas hojas de coca, nueces frescas de kola, tomando café, es posible vivir en reposo, y hasta en movimiento, sin trastorno aparente, aun privados varios días de alimentos cuaternarios ó ternarios, ó al menos suprimir una ó dos de las comidas diarias, siempre que la que se haga sea más abundante.

Es imposible considerar estos agentes llamados de economía como alimentos plásticos ó respiratorios (Liebig) ó enérgicos (Chauveau).

Pero ciertos hechos de índole higiénica, de experimentación fisiológica, prueban que son verdaderos agentes de economía de las albúminas de constitución, y esto creo es un rasgo característico de su acción, rasgo que permite conservar el nombre que llevan en terapéutica, reservando á los agentes anteriores de economía—los qué hacen más lenta la desnutrición disminuyendo las oxidaciones — la calificación de agentes que se oponen á las pérdidas.

Lo que caracteriza el modo de acción de economía de este tercer grupo,

es que sus miembros obran por una especie de sostenimiento nutritivo, explotando las reservas alimenticias, es decir, los hidratos de carbono, grasas, albuminoides de reserva (albúmina circulante de Voit); de aquí la economía de la albúmina de constitución, de las nucleo-albúminas.

Para legitimar la acción de economía del tercer grupo (kola, café, etc.), para darle su significación verdadera, es preciso familiarizarse con el factor *reservas alimenticias*

Liebig comprendió la importancia de este nuevo elemento de discusión cuando escribió lo siguiente, á propósito del alcohol: «El aguardiente, por su acción sobre los nervios del trabajador nutrido de un modo insuficiente, le permite reparar, *á expensas de su cuerpo*, la fuerza que le falta, gastar hoy la fuerza que en el orden natural de las cosas no debería emplear hasta mañana. Es como una letra de cambio girada sobre su salud».

A pesar del efecto sedante que pueden producir algunas veces los agentes de economía que estudiamos en este momento, éstos son excitantes, y hasta diré que son generadores de fuerza. Se ha llegado así hasta Gubler, quien en 1877 dió á conocer su teoría de los dinamóforos. Creía explicar por ella la falta de proporciones entre la cantidad mínima de la substancia introducida y los resultados fisiológicos obtenidos.

Creo ociosas estas consideraciones, porque conducen á preocuparse más del *por qué* que del *cómo*. Ante todo, ¿cómo pasan las cosas cuando en el caso de ración alimenticia insuficiente se la añade un agente de economía? En el caso de ayuno absoluto, de inanición completa, ¿se prolonga la vida con uno de estos agentes? En caso afirmativo, *¿cómo* se produce esta prolongación?

Reservas alimenticias y reacción de defensa. — Comprendo en este caso la acción de economía como siendo ante todo y sobre todo la utilización con el menor gasto posible de las reservas alimenticias del organismo.

En el caso de alimentación insuficiente, de inanición, el organismo, en estado fisiológico, puede luchar utilizando sus reservas y esta lucha es obra de la reacción de defensa. Pero en la especie, suponiendo la lucha desigual, el organismo debía sucumbir. Y bien, ¿existen agentes que pueden ayudar al organismo en su lucha, prolongar ésta, hacer que una alimentación insuficiente sea por el momento suficiente? Creo que la respuesta debe ser afirmativa y que estos agentes merecen el nombre de agentes de economía; los designados así pertenecen á la higiene tanto como á la terapéutica.

La acción de economía puede considerarse en este caso como doble: 1.°, economía de las reservas albuminoideas; 2.°, economía de los hidratos de carbono, *sobre todo de la grasas*, porque las reservas de los hidratos de carbono tardan poco en consumirse, veinticuatro horas cuando se suprimen por completo de la alimentación. Pero según la teoría de Chauveau, las grasas pueden experimentar una oxidación incompleta y transformarse á causa de ella en glicógeno, bien en el hígado exclusivamente (Chauveau), ó también en el elemento muscular (Bouchard).

Supongo, por lo tanto, adoptando las ideas de Chauveau, que en caso de inanición, el agente de economía favorece la utilización de las reservas hidrocarbonadas, función que tarda poco en consumirse y después de los albuminoides de reserva, descompuestos en parte, como si fueran glicógeno, probablemente por el hígado, siendo común á todos el término último glicó-

geno como la causa más próxima de energía. Estos agentes de economía procuran al organismo el verdadero equivalente de una verdadera comida (y no la ilusión de una comida como sostienen Morat y Doyon), favoreciendo la llegada á la sangre de las reservas alimenticias y su utilización.

Insistamos algo sobre lo que debe ocurrir en el organismo en estado de inanición después de agotadas las reservas ternarias.

Parece lícito admitir un primer período de empobrecimiento del organismo en albúmina circulante (Voit), seguido de otro con cruzamiento del uno sobre el otro, durante el cual, los elementos del organismo suministran á la crasis sanguínea su propia albúmina. El protoplasma es probablemente el primero que se despoja de su albúmina sin que el elemento anatómico se pierda de una manera irremediable — verdadero segundo período — ; después el núcleo mismo pierde su núcleo-albúmina, esencialmente fosforada, de aquí la ruina irremediable del elemento — tercer período, período terminal — en el que no puede manifestarse la reacción de defensa, porque nada queda entonces en el organismo.

¿Hasta qué punto esta exposición corresponde á la realidad de los hechos? ¿Hasta qué punto también los agentes de economía pueden ser útiles retardando la muerte fatal ó favoreciendo, si se toman alimentos de nuevo, la recuperación de la salud? La experimentación podrá algún día resolver estos problemas.

Es posible que la orina presente un cambio especial en cada uno de los tres períodos : azoe, cloro, azufre y fósforo. El tercer período debería caracterizarse principalmente por un *más* relativo de fósforo. Pero á este período último corresponde al parecer más bien un *más* de ácido úrico.

He hecho investigaciones con el ergógrafo de Mosso, porque uno de los hechos más notables que llamó la atención sobre los agentes de economía, y condujo á varios á formarse una idea absurda de su modo de acción, fué la posibilidad que procuraban al parecer á los trabajadores de prevenir el cansancio con una alimentación más bien insuficiente. Feré había hecho ya experimentos análogos en 1900 y 1901. Nuestros resultados concuerdan para no conceder en general á los agentes de economía la menor resistencia al cansancio ; son al parecer simples excitantes y el cansancio sobreviene según parece antes. Es un motivo para no atribuirles más que una acción higiénica de índole trófica.

Sin embargo, creo que debe hacerse una excepción en favor de la kola. Mis trazados ergográficos y los de mi discípulo Flach, prueban al parecer que aumenta verdaderamente la resistencia del organismo contra el cansancio.

Antes de decir algunas palabras sobre los diversos medicamentos llamados de economía (grupo café, kola), recordaré que esta palabra no significa lentitud de la nutrición, disminución de la oxidación, gasto menor de los albuminoides, sino que con ellos hay más bien aumento de las oxidaciones, actividad de la nutrición, y á pesar de esto se economizan las reservas alimenticias, los albuminoides de constitución.

Hay economía de las reservas alimenticias en el sentido de que, á falta de alimentos de origen externo, el organismo utiliza, gracias á los referidos agentes de economía, con la mayor prudencia posible sus reservas ternarias,

cuaternarias, retrasa mucho tiempo el gasto de las albúminas de constitución, es decir, albúmina protoplásmica, nucleo-albúmina.

Dadas estas explicaciones, propongo conservar á los medicamentos del grupo café, kola, que obran por sostenimiento nutritivo, explotan las reservas alimenticias, el nombre de medicamentos de economía, y llamar medicamentos que se oponen á las pérdidas—á veces sinónimos de los anteriores—, á los que he calificado como medicamentos de economía de los clínicos.

Alcohol. — Aunque se le haya negado puede reconocérsele un papel útil, si no en higiene, al menos en terapéutica. Se le ha llamado agente de economía de las grasas, de las albúminas, sobre todo, alimento respiratorio, productor de energía, pero sin razón. Es ante todo, un tóxico tanto más peligroso, cuanto que se difunde con rapidez por nuestros tejidos, por los que tiene gran afinidad (Grehant, Nicloux). Quizá se queme con más facilidad en las personas febriles.

Aunque soy de los que rechazan el alcohol de la higiene, creo, sin embargo, que debe conservársele un sitio en la terapéutica. La condenación terapéutica del alcohol no es irrevocable. El alcohol puede llenar algunas indicaciones, ser, por ejemplo, útil en la infección puerperal, la difteria, la neumonía adinámica, sobre todo, en los alcohólicos. El estado febril, la hipertermia anulan al parecer la mayor parte de sus inconvenientes, y además, solo se trata de un empleo de pocos días.

¿Pero con qué título se prescribe de ordinario el alcohol? Para la mayoría de los prácticos es esencialmente un excitante del corazón, y esto basta á mi juicio, para explicar todo sin recurrir á una acción antiséptica, antiinfecciosa.

Cafeína y café. — Lo que acabo de decir del alcohol como excitante cardíaco, lo repito de la cafeína. Obra más que la digitalina directamente sobre el miocardio, menos que ésta por el intermedio del sistema nervioso.

El café debe á su esencia ser un remedio del sueño morboso, además de que esta esencia aumenta algo la acción cardíaca de la cafeína; la acción cardíaca de la esencia se ejerce, más que la de la cafeína, por el intermedio del sistema nervioso.

Cuanto á la acción de economía del café ó de la cafeína, parece que es asunto que solo puede resolverse desde el punto de vista de la higiene.

Nuez de kola. — Es según parece el representante del grupo que realiza al parecer mejor el *desideratum*, es decir, que siempre que la preparación sea irreprochable, puede esperarse en ella, dado un organismo sano, la posibilidad de utilizarse al máximum — es decir, con la mayor economía posible — las reservas alimenticias del organismo de modo que permita una reducción bastante prolongada de la alimentación, suponiendo un trabajo físico ó intelectual considerable; pero más pronto ó más tarde, el déficit de las reservas alimenticias debe cubrirse por una ó más comidas suficientemente reparadora de las pérdidas.

Moret y Flach, han observado que después de administrar la kola, la urea disminuye, el azoe total aumenta, lo que quiere decir, oxidación disminuída, gasto elemental aumentado; resultado contradictorio en apariencia que puede interpretarse atribuyendo al elemento *tanino* la disminución de las oxidaciones.

El aumento del azoe total tiene para nosotros más importancia por su significación doble: nada de acción de economía en el sentido de *moderación de los cambios*, pero sí en el de utilización de las reservas alimenticias, incluso la albúmina circulante, en provecho de los albuminoides de constitución.

La economía de estos albuminoides puede afirmarse por el hecho de que, á pesar de una alimentación insuficiente, á pesar hasta de la falta de alimentación, no sobreviene el menor trastorno aparente.

Nuestras experiencias ergográficas y las de Flach, nos permiten admitir para la kola una acción preventiva del cansancio, que es menor para el café y la cafeína.

Como los indígenas de los países de donde procede la kola, la emplean masticándola continuamente—igual que las hojas de coca—manifiesto que lo mismo que Feré, he observado con el ergógrafo que la simple masticación produce sobre el trazado el efecto de un excitante. Recuerdo también el efecto útil para el alpinista de un guijarro pequeño en la boca: menos sequedad bucal, menos cansancio.

Hojas de coca.—Su acción parece asimilable por completo á la de la nuez de kola, excepto en un punto, la supresión de la sensación de hambre, cuando no se toman alimentos, efecto debido á la cocaína, y que trastorna la utilización de las reservas alimenticias debilitando la reacción de defensa.

Nada de particular tenemos que decir respecto á los otros miembros del grupo: té y teína, que no difiere de la cafeína, cacao y teobromina, que es una dimetilxantina conocida más bien como diurética, maté, paulinia. Todos poseen al parecer más ó menos la acción de la kola.

Arsénico y preparaciones cacodílicas. — El arsénico ocupa un sitio aparte entre los medicamentos de economía, porque es para unos un moderador de la nutrición, de los cambios, de las oxidaciones (A. Robin, Renaut), por consiguiente un medicamento que se opone á las pérdidas; para otros (A. Gautier), es más bien un oxidante, y como tal aperitivo, eutrófico. El arsénico es para nosotros ante todo, un modificador elemental, capaz de moderar la nutrición y de favorecerla, de producir acciones contrarias según el sentido en que se desarrolle el proceso morboso.

Pero hablemos ante todo, y sobre todo, del empleo del arsénico en la tuberculosis pulmonar. A Renant pertenece el mérito de haber llamado la atención sobre esta indicación del arsénico, como agente de economía en el sentido de oponerse á las pérdidas; los arsenicales se representan, en efecto, como limitadores del proceso de desnutrición. Según A. Robin, hay tendencia á la desnutrición, al consumo, á la desmineralización, no sólo en el tuberculoso, sino en el predispuesto á la tuberculosis.

Gautier, por el contrario, niega que el arsénico modere las oxidaciones, y admite que aumenta el oxígeno absorbido. Si la azouria disminuye no puede ser más que resultado secundario de la mejoría.

Confesamos seguir creyendo en la teoría de Binz y Schulz del arsénico movilizador del oxígeno. Agente de oxidación y de desoxidación alternativas, es tan apto para favorecer la destrucción de las células viejas—de aquí el aumento del ácido úrico—, como para multiplicar las nuevas. El arsénico á dosis terapéutica, es decir, débil, en vez de moderar la renovación molecular la acelera. Puede ser considerado como un fermento, en el sentido an-

tiguo de la palabra, es decir, un catalítico — y este mismo papel de fermento se atribuye al hierro, al manganeso—. Y si el ácido arsenioso obra en este caso como un fermento, debe poder administrarse á dosis muy débil, casi con la misma actividad, lo que demuestra la práctica.

Pero para interpretar mejor los hechos debe hacerse intervenir la reacción de defensa. Ella sola puede curar y los agentes que obran de un modo más eficaz, son lo mismo el arsénico ó cualquier otro remedio que los modificadores higiénicos : agua y aire puro, ciertas condiciones de lugares, ante todo, el alejamiento de las grandes poblaciones, los climas de altura para unos, las llanuras para otros, siempre al abrigo del viento ; es preciso agregar el reposo, la alimentación excesiva que favorece el arsénico como aperitivo.

Creemos que el cacodilato que Gautier ha introducido en la terapéutica de la tuberculosis obra de igual manera que el arsénico. Pero la gran superioridad de la medicación cacodílica es ser en su esencia una medicación arsenical á *dosis muy débil*; dosis suficiente, sin embargo, porque el arsénico debe considerarse como un fermento movilizador del oxígeno. Quizá en el cacodilato la actividad fermentativa esté aumentada á causa de la forma orgánica del nuevo arsenical.

Conclusiones. — El fisiólogo, el terapeuta, el clínico, cuando hablan de acción de economía deben tener en cuenta solo la economía de los albuminoides de constitución.

El fisiólogo que dedica un capítulo á los alimentos de economía se preocupa sobre todo, del orden en que debe enumerar las tres grandes clases de alimentos en lo que se refiere al restablecimiento del equilibrio azoado. He aquí este orden : albuminoides, hidratos de carbono, grasa. La gelatina que se elimina en totalidad en forma de urea, es, sin embargo, un alimento enérgico ; es más alimento de economía que los hidratos de carbono, *a fortiori* que las grasas.

El clínico considera la acción de economía como el resultado de una acción moderadora de la nutrición, de una disminución de las oxidaciones, de una lentitud de la desnutrición. Propongo llamar medicamento que se opone á las pérdidas al que se supone obra casi.

La expresión medicamentos de economía puede reservarse únicamente al grupo kola-café, caracterizado desde el punto de vista químico por la presencia de alcaloides xantínicos. Los miembros de este grupo, en vez de moderar la nutrición, la excitan al parecer, son oxidantes. Son agentes de economía de los albuminoides de constitución en el sentido de que su rasgo característico principal es en los casos de privación de alimentos, el ser aptos de un modo especial para utilizar las reservas alimenticias del organismo.

El arsénico, considerado por algunos como moderador de la nutrición por oponerse á las pérdidas, debe, á nuestro juicio, figurar más bien en el grupo kola-café. Es un movilizador del oxígeno ; su modo de acción es el de las fermentaciones; puede considerarse, por lo tanto, como un fermento.

El Dr. Henrijean : Podemos concebir que los medicamentos y las substancias alimenticias de economía obran de distintas maneras : son quizá substancias capaces de hacer trabajar más la máquina humana con la misma cantidad de substancia nutritiva y hasta con menos. La cosa puede parecer *a priori* imposible aunque no lo es. El rendimiento en trabajo de la

máquica humana es superior al de las mejores máquinas de vapor. Podemos concebir que una y otra mejoran, y producen más trabajo con una misma cantidad de combustible. En una máquina de fuego, en una locomotora, por ejemplo, si la pérdida de calórico se disminuye, la máquina trabajará más ó recorrerá mayor espacio con una cantidad dada de combustible. Quizá una simple vasoconstricción periférica pueda, en ciertos límites, obrar en el mismo sentido sobre el organismo vivo disminuyendo la pérdida de calor durante el trabajo. En el momento del trabajo muscular hay pérdida exagerada del calórico, un verdadero despilfarro. El régimen de la máquina humana es susceptible de mejoras. Conviene, desde el punto de vista del estudio de las cuestiones que nos ocupan en este momento, preguntar cómo se efectúa la contracción muscular fuente del trabajo y á expensas de qué materiales nutritivos se produce.

Para ciertos autores, durante la contracción son destruídas principalmente las substancias azoadas; para otros las hidrocarbonadas son las que suministran la energía necesaria y parece innegable que de ordinario sucede así. En ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando hay escasez de oxígeno, aun escasez local, los materiales azoados pueden ser influídos por la contracción muscular é intervenir en parte en la producción de la energía. Es, sin embargo, probable, que la destrucción de las substancias hidrocarbonadas lo mismo que la de las azoadas se efectúe de un modo especial. Esta destrucción debe hacerse de una manera rápida, instantánea, para suministrar con prontitud la energía necesaria y es posible que se destruyan así las materias azoadas, al menos una parte de la molécula, la que suministra por ejemplo O de modo que el CO^2 aumenta en ciertos casos de un modo considerable y espontáneo, hasta el punto que $\frac{CO^2}{O}$ se hace mayor que 1, mientras que el resto azoado de la molécula se oxida poco á poco, según los procedimientos habituales y el aumento del azoe urinario continúa durante mucho tiempo, razón por la cual se ignora muchas veces. En una palabra, es necesario no asemejar por completo las combustiones intraorgánicas á las extraorgánicas, ni incluir en un cambio único todas las mutaciones intraorgánicas. Decimos esto, para probar que debe pedirse á los balances azoados la resolución de los problemas referentes á los alimentos que se oponen á las pérdidas y á los de economía.

Podemos concebir que ciertas substancias obren sólo por su presencia sobre los músculos igual que obran dos alcaloides sobre los elementos nerviosos. Nos vemos obligados más que nunca á admitir que el organismo puede sacar energías de fuentes de las que no conocíamos la importancia hace poco tiempo. Se han aislado recientemente metales que tienen la propiedad de apropiarse, sin conductor, de los cuerpos inmediatos. Esta propiedad singular se acaba de observar en ciertos sulfatos. La energía tomada así al medio ambiente, puede utilizarse con un fin terapéutico; puede determinar, no adoptando precauciones, accidentes en los que manipulan estos cuerpos. Podemos concebir que ciertas substancias obran de igual manera en el organismo; que los medicamentos que se oponen á las pérdidas pueden obrar sobre el motor muscular y sobre el incitador nervioso para hacer más eficaz la contracción de los músculos.

Está al parecer perfectamente demostrado que ciertos compuestos, como la cafeina, la xantina, aumentan el trabajo muscular y disminuyen el cansancio: la veratrina, la muscarina á pequeñas dosis, la creatina, la hipoxantina, aumentan el trabajo muscular y disminuyen también el cansancio.

El problema de los medicamentos de economía, no puede, por consiguiente, resolverse sólo por el estudio de los balances nutritivos. Creemos tanto más importante insistir sobre este punto, cuanto que no es justo hablar de oxidación como fuente única de energía.

La disociación, la destrucción de los materiales azoados ó hidrocarbonados, puede efectuarse según otros modos, que el de las oxidaciones. Estas mutaciones pueden aumentar ó disminuir en límites muy extensos en el dominio de uno de los procedimientos de destrucción sin serlo en el otro.

Hay estados patológicos que corresponden á un verdadero despilfarro de substancias nutritivas cuya energía potencial no se utiliza de un modo incompleto. Los tres estados de este género que corresponden á los tres tipos de substancias alimenticias, son: la gota, la diabetes, la obesidad. Los medicamentos de economía podrían ser, en estos casos, la energía que devolvieran al organismo la energía no utilizada. Estas substancias obrarán siempre de una manera distinta de como obran los músculos ó el organismo que suministran la energía de estos últimos. Serán quizá zimasas, fermentos. El trabajo muscular es poco eficaz siempre contra estos estados patológicos y en nada disminuye, dígase lo que se quiera, la producción de ácido úrico en un gotoso, por ejemplo. Podrán concebirse medicamentos de economía que impidan los despilfarros de que se ha hablado antes obrando sobre la causa de estos estados patológicos.

Los alemanes consideran como alimentos de economía las substancias que, como la gelatina, pueden, en cierto modo, sustituir á las materias albuminoideas. Pueden incluirse en esta clase la serie tan numerosa de los materiales azoados que fabrica la industria alemana.

Este problema tiene quizá una relación más directa con la de los alimentos que se oponen á las pérdidas si se considera la economía que resulta para el organismo del empleo de substancias de asimilación más facil. Lo mismo sucede si se considera la distancia que separa las substancias empleadas para la nutrición de las de nuestro organismo. Porque hay derecho para preguntar si en ciertos casos el resultado del trabajo de la digestión es introducir en las partes íntimas del organismo substancias cuya energía potencial, comparada con la del gasto para su introducción, constituye un déficit. Creemos que desde este punto de vista los trabajos notables de Pawlow sobre la digestión, permitirán estudiar con fruto estos problemas importantes.

Resulta de lo que precede, que podemos admitir la existencia de medicamentos de economía de acción diferente; unos, sin modificar la disociación de los medicamentos, impiden el despilfarro del calor; otros obran de una manera desconocida sobre el sistema neuromuscular para aumentar la energía de la máquina humana; otros obran también haciendo disponible la energía potencial despilfarrada en los alimentos mal transformados; finalmente, ciertas substancias obran disminuyendo el gasto digestivo de

modo que la energía acumulada no disminuye gran cosa por el valor de la que hace asimilable.

Desde este punto de vista los fermentos digestivos pueden, en ciertas circunstancias, constituir verdaderos medicamentos de economía.

(*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*). — F. Toledo.

(*Continuará*)

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 4 de Junio de 1902.

Embarazo después de la extirpación de los dos ovarios por tumor quístico. — El Dr. *Alba Doran* refirió el caso siguiente: Una mujer de veinticinco años, después de haber tenido un hijo, fué operada de ovariotomía á causa de un tumor quístico adenomatoso multilocular del ovario izquierdo. Tuvo después cuatro hijos más, y cuando esta mujer tenía treinta y nueve años, fué preciso extirparla el ovario derecho, á causa de un tumor idéntico al primero. La base exigió la enucleación, parte de la cápsula se ligó con seda, como si se tratara de un pedículo, y la mayor parte se extirpó, pero en ella no se descubrió rastro de la trompa de Falopio. De los apéndices izquierdos quedaba sólo un tuberculillo á la izquierda del útero. Después de la convalecencia, volvió á presentarse la menstruación, que siguió presentándose hasta que la enferma quedó embarazada y dió á luz de término un niño á los dos años de la operación. La menstruación se presentó otra vez y desapareció de repente cuando esta mujer tenía cuarenta y cinco años. Los síntomas de la menopausia fueron benignos.

Citó después los pocos casos referidos en los que la mujer quedó embarazada después de extirpar los dos ovarios por tumor ó enfermedad inflamatoria crónica. 1.° Schatz. Los dos ovarios se extirparon por tumor quístico; se dejaron una trompa y un trozo de tejido ovárico. A los cinco años esta mujer dió á luz un niño de término. 2.° Stansbury Sutton. Los dos ovarios fueron extirpados por quistes; el pedículo derecho se seccionó con el cauterio, el izquierdo con tijera. Esta mujer dió á luz dos veces después de operada. 3.° Gordon. Extirpación de las dos trompas y de los dos ovarios por afección inflamatoria. La operada dió á luz un año después. Otros casos que se han referido son dudosos. La presencia de tejido ovárico es esencial en estos casos. En el caso del Dr. Alba Doran es probable que quedara en el ligamento ovárico derecho un área desprendida; el quiste se enucleó completamente. El Dr. Doran sospecha que la trompa de Eustaquio se escapó de la ligadura y la extirpación fué incompleta, ocurriendo lo mismo que en el caso de Schatz. No es posible afirmar, sin embargo, que la trompa no fuera comprendida en la ligadura y seccionada en parte. Esto ocurrió en los casos de Sutton y de Gordon y en otro en el que la mujer quedó embarazada después de practicarse la operación cesárea y de ligarse las dos trompas con intestino de gusano de seda para la «esterilización» (Galabin-Horrocks). La ligadura puede aflojarse ó quizá ulcerar la trompa y la parte res-

petada curar sin estrechez de su conducto, recuperando sus funciones, aunque quede reducida á un muñón.

El Dr. *Bland Sutton* dijo que el trabajo del Dr. Alba Doran plantea dos problemas importantes, á saber: la producción del embarazo después de la ovariotomía doble y el efecto de una ligadura sobre la persistencia del calibre de la trompa de Eustaquio. Es probable que nadie en Inglaterra haya estudiado tan á fondo como el Dr. Doran el «porvenir de la ligadura» después de la ovariotomía eficaz, y es indudablemente el primero que ha estudiado las alteraciones que sobrevienen en el muñón del pedículo después de la ligadura intraperitoneal. No es completamente seguro que cuando una trompa de Falopio se liga en la continuidad, no se oblitera por necesidad de un modo permanente su calibre. En un caso de operación cesárea por estrechez de la pelvis, el Dr. Bland Sutton ligó las trompas de Falopio con seda poco gruesa á 25 milímetros del útero; la enferma quedó estéril. Hechos posteriores le han demostrado que no basta la aplicación de una ligadura de seda á las trompas de Falopio para obliterarlas por completo y evitar el embarazo.

El Dr. *Galabin* indicó haber observado dos casos en los que la tentativa para esterilizar las mujeres ligando las trompas de Eustaquio fué ineficaz. Este fracaso le ha hecho adoptar el plan siguiente: corta un trozo de las trompas entre dos ligaduras, después desprende el muñón de cada lado de modo que la luz de la trompa quede en el fondo de un cono invertido de tejido celular. Ninguna de las enfermas en las que se empleó este procedimiento ha vuelto á quedar embarazada, y se inclina á considerarle como el más eficaz.

El Dr. *P. Horrocks* manifestó que le extrañaba oir discutir vivamente cómo puede ocurrir el embarazo cuando se han extirpado los dos ovarios. Sin embargo, el Dr. Alba Doran ha admitido con toda franqueza que había quedado un trozo de tejido ovárico después de su segunda operación, de modo que nada de extraño tiene el caso. Le ha sorprendido oir al Dr. Doran aconsejar la extirpación de los dos ovarios cuando es posible dejar un trozo sano. Cree que cuando se pueda, es mejor dejar algo de este órgano.

El Dr. *A. Routh* dijo que el número de casos coleccionados hasta ahora es suficiente para explicar la aparición del flujo ménstruo y la ovulación después de la ovariotomía doble. Ha observado que en la mayor parte de los casos referidos ha transcurrido un período latente de varios meses y hasta de años antes de aparecer de nuevo la menstruación. Cree posible que quede un trozo pequeño del hilio de un ovario que contenga folículos de Graaf, si bien no desarrollados lo suficiente para llegar á la madurez inmediata. Este trozo de estroma del ovario con los folículos se desarrolla en pocos meses lo suficiente para que vuelva á presentarse la ovulación y la menstruación.

El Dr. *Boxall* indicó la imposibilidad de afirmar de una manera absoluta que la esterilidad es resultado necesario de la ligadura de las trompas de Falopio. Este problema importante se plantea cuando la operación se practica y las trompas se ligan á la vez con objeto de hacer á la mujer estéril, pero puede plantearse también cuando una enfermedad de los apéndices hace necesaria la operación. Ha observado recientemente un caso en el que á causa de los ataques inflamatorios intermitentes y continuados, fué nece-

sario aconsejar la intervención quirúrgica sobre los apéndices. La enferma y su esposo se opusieron á esta intervención por temor á que ocasionara la esterilidad. En estos casos, la Iglesia debería prohibir el coito. En ocasiones los síntomas son tan graves, que hacen imperiosa la operación. Por fortuna, es posible conservar parte de un ovario y la menstruación no cesa así en absoluto.

El Dr. *Alba Doran* dijo que en su caso quedó probablemente un trocito de tejido ovárico sano (no quístico) en el ligamento ovárico izquierdo. Es fácil extirpar todo el tejido ovárico cuando los ovarios se extirpan á la vez que el útero, y no es difícil cuando se extirpa un quiste ovárico pedunculado, cuando el ligamento ovárico está prolongado y es muy prominente. Pero si la base del quiste se confunde con el útero, el ligamento ovárico rara vez se distingue. El operador jamás corta el pedículo lo bastante corto para extirpar todo el tejido ovárico, porque sabe que así se deslizaría la ligadura. Es fácil comprender, por lo tanto, que en algunos casos se observe de nuevo la menstruación y hasta el embarazo después de extirpados los dos ovarios.

Gestación ovárica primitiva.—El Dr. *Mayo Robson* refirió un caso de gestación ovárica primitiva. Aunque ha operado próximamente 50 casos de gestación extrauterina, sólo en el actual puede afirmarse que se trataba de embarazo ovárico primitivo. Es indudable que muchos de los casos descritos como embarazo ovárico eran de esta naturaleza, pero el indicado es, al parecer, el cuarto en el que pueda citarse una prueba positiva, por ejemplo, la presencia de un embrión envuelto en sus membranas y contenido en un saco del ovario. La enferma ingresó en estado de colapso en el hospital. Se diagnosticó rotura del saco de un embarazo extrauterino, y fué operada con éxito completo. El Dr. S. G. Shattock, encargado del Museo del Real Colegio de Cirujanos, describe así el ejemplar anatómico: «Las partes extirpadas son las del embarazo ovárico. Comprende el pabellón de la trompa derecha, el ovario y el huevo rodeado en parte por un coágulo sanguíneo reciente y comprendido en él. Relacionados con el pabellón de la trompa, hay dos pequeños quistes pedunculados, el mayor de 12 milímetros de diámetro. El orificio de la trompa está cruzado por una membrana delgada de adherencia. La trompa se halla muy adherida al fondo del seno de Douglas y completamente libre del ovario. En el polo interno de éste hay una cavidad retraída en parte de 18 milímetros de diámetro próximamente. Esta cavidad tiene una abertura reciente de forma semicircular. En la parte del ovario próxima á la cavidad existe un coágulo sanguíneo reciente de 30 milímetros de diámetro. El saco está abierto en la mitad derecha del coágulo y sus membranas se hallan invertidas; en relación con dichas membranas se encuentra un embrión de 4 milímetros de longitud próximamente». La posición de la trompa derecha, cuyo pabellón se halla fijo con fuerza al fondo del seno de Douglas, dejando el ovario libre, hace suponer que los espermatozoides llegaron al ovario derecho por la trompa izquierda sana. —(*British Med. Journal*).—F. Toledo

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 5 de Febrero de 1902.

Neoplasia renal. — El Dr. *Kisel* presentó un niño de cuatro años y medio que había ingresado en el Hospital de Santa Olga hacía tres días por sangre en la orina. El niño había nacido perfectamente sano, había tomado el pecho de su madre durante seis meses, pasando luego una ictericia infectiva y sufriendo tres ataques de intermitente. En febrero de 1901 se notó sangre en la orina, en parte en forma de coágulos largos y delgados. Ingresó en el Hospital Provincial de Vladimiro, en el cual la secreción de orina cesó con frecuencia, quejándose entonces el niño de intensos dolores de vientre, que se calmaban, llegando á orinar, en un baño caliente, saliendo con la orina un coágulo sanguíneo largo. Al cabo de dos semanas salió sano, y durante todo el año no se notó más sangre en la orina, hasta que ahora, el 21 de enero, se renovó el cuadro anterior, saliendo sangre un día por otro. El niño es de mediano desarrollo y nutrición, mucosas algo pálidas. Ganglios superficiales no abultados. Organos pectorales sin alteración. Bazo un poco agrandado, consistente; hígado impalpable. En la profundidad de la mitad izquierda del abdomen, en la región del riñón izquierdo, se descubre fácilmente un tumor bastante consistente, algo tuberoso, del volumen de un puño de adulto, de figura hemisférica, con la convexidad hacia abajo, un tanto móvil, indoloro á la compresión; límite superior indeterminable. Percutiendo en la región lumbar izquierda, se nota macicez completa, cambiando el sonido al dislocarse el tumor. En la orina muchísima sangre, y cada día coágulos como moldes uretrales; rara vez se observan cilindros granulosos y sanguíneos. Al cabo de siete días cesó la secreción de sangre con la orina, y desde entonces el niño se siente perfectamente bueno. Los padres no consintieron en una operación.

Peritonitis tuberculosa.— El Dr. *Krasnobayef* presentó á una paciente á la cual había hecho la laparotomía hace dos años, encontrando una afección tuberculosa extensa tanto de la hoja parietal como de la visceral del peritoneo, con mucho líquido hidrópico; hoy todo está absorbido, y la paciente ofrece un aspecto florido.

El Dr. *Kisel* hace constar que en un caso observó la absorción de los exudados tuberculosos al cabo de tres semanas después de la operación.

Diátesis úrica en los niños. — El Dr. *Yarjo* dijo que la diátesis úrica consiste en que, bajo el influjo de una anomalía del metabolismo, se forma en la sangre ácido úrico insoluble, que se deposita á modo de arenilla en diversas partes del cuerpo, provocando diferentes alteraciones patológicas. Según la opinión de algunos investigadores, manifiéstase en esta diátesis un exceso de ácido úrico á consecuencia de insuficiente oxidación de las albúminas; pero según otros, la cantidad de ácido úrico no es mayor que la regular, sólo que se halla en estado libre, por no combinarse con el fosfato sódico neutro. Las hipótesis sobre esta diátesis son tan poco claras, como sobre las de la procedencia de otras anomalías del metabolismo, el raquitismo, la escrofulosis, la glucosuria, la obesidad. Yo me la explico así: de las

substancias albuminosas que con los alimentos se introducen en el organismo, se forma ácido úrico; éste, por insuficiente oxidación, no se convierte en urea ni se combina con el fosfato sódico neutro, sino que se cristaliza en estado libre, y la circulación lo lleva á diversas partes del organismo. Según la localización de los cristales, se distingue podagra articular y podagra visceral. En la primera, las superficies cartilaginosas se cubren de uratos cristalinos, que penetran en las cápsulas sinoviales, las bolsas mucosas, los tendones y hasta el periostio, provocando inflamaciones y al cabo de tiempo anquilosis.

En la gota visceral obsérvanse las siguientes alteraciones: 1.ª, los cristales de ácido úrico se excretan con la orina en forma de un precipitado rojo, provocando irritación de las vías urinarias (riñón, pelvis, uréter y vejiga); 2.ª, en los vasos sanguíneos y el corazón: esclerosis, miocarditis, endocarditis é hipertrofia en la alteración renal; 3.ª, en el tubo estómago-intestinal: alteración del quimismo de los jugos de estos órganos con formación de catarros en todo el trayecto; 4.ª, en el sistema nervioso nos son desconocidas las alteraciones anatómicas, pero se manifiestan en forma de jaqueca, insomnio, espanto nocturno, trastornos del centro térmico y neuralgias.

En los niños, la sintomatología de la diátesis úrica es muy compleja. En los Manuales de pediatría no encontramos ningún capítulo sobre esta diátesis, y el profesor Filatof sólo últimamente empezó á tratar de esta cuestión en sus Lecciones.

Después de referir sucintamente 10 casos de niños de cuatro á doce años, el Dr. Yarjo continúa: Me parece que en los niños existen muchas más condiciones para el desarrollo de esta diátesis que en los adultos. Esto es debido á que en el organismo infantil los cambios nutritivos se verifican con mayor rapidez: mientras en el adulto á 1 kilogramo de peso corresponde 0'5 gramos ó aún menos de urea, en el niño 0'8. Los niños gastan, pues, más oxígeno para la transformación de las albúminas. En las familias acomodadas, los niños reciben más alimentos albuminosos que feculentos. Sabido es que en la alimentación albuminosa se producen 67'2 gramos de urea y 1'398 de ácido úrico, y en la feculenta 26'6 de aquélla y 0'253 de éste, de modo que con una alimentación albuminosa se necesita más oxígeno, ó lo que es lo mismo, más aire libre. Sin embargo, á los niños pequeños los retienen en cama las madres, temerosas de los resfriados y de las infecciones, y después los encierran durante largas horas en escuelas mal ventiladas. Otra causa frecuente de la insuficiente oxigenación del cuerpo infantil, son los adenoides y las rinopatías crónicas. También corresponde cierto papel en la diátesis úrica de los niños á la herencia.

Para el diagnóstico diferencial, es indispensable la repetida investigación de la orina; la densidad elevada, el poso latericio en la orina reciente, la abundancia de cristales de ácido úrico, y finalmente, la presencia de fosfatos triples en los excrementos, son indicios de que el cambio nutritivo está perturbado. El estado de salud de padres y parientes próximos puede también suministrar algún dato.

El tratamiento se funda en el régimen alimenticio: antes de los tres años no conviene dar carne en ninguna forma; después sólo una vez al día, predominando en la alimentación los feculentos, las frutas y la verdura. Paseos

y juegos de movimiento al aire libre. Extirpación de los adenoides. Hidroterapia y aguas minerales. Como medicamentos, pueden recomendarse el carbonato lítico, la piperazina y el sidonal.

El Dr. *Vladimirof* dice que la cuestión de la diátesis úrica tiene interés teórico y práctico. La teoría clínica más satisfactoria es la hipótesis de Bouchard, y la participación activa del sistema nervioso en el funcionamiento de los órganos, tejidos y vasos, queda demostrada por los brillantes experimentos del profesor Pavlof y una serie de trabajos de Simanovsky, Bervets y otros.

Hace apenas quince años, la gota se consideraba como enfermedad privilegiada de cierta edad (treinta á cuarenta años), y hasta de cierta clase de gente (la rica). El caso de artritis en un niño de seis años, descrito por Trousseau, y también el caso de Gairdner, de un niño de once años, se hacían constar como rarezas. Hoy la cuestión de la diátesis úrica en los niños queda expuesta detenidamente por el sabio francés Comby, los médicos americanos Rachfort y Whitney y últimamente apareció el trabajo del profesor Filatof.

Interés práctico ofrece la variedad de los síntomas con que se manifiesta el estado gotoso en los niños: 1.°, ataques de cefalalgia; 2.°, vómito periódico; 3.°, fiebre artrítica de tipo cotidiano; 4.°, ataques de asma, dolores indefinidos en los músculos y huesos, disuria. Esto dificulta el diagnóstico hasta el punto que pueden pasar años antes de entenderse la verdadera naturaleza de la enfermedad, como en el caso siguiente: La única hija de un padre de cuarenta y una madre de treinta y cinco años, empezó á los tres años á enfermar, á veces de repente, de malestar, repetidos vómitos y aumento de temperatura. Atribuyéndolo á gastricismo, se administraba un laxante, se prescribía dieta y á los dos días se restablecía el estado normal. Cuando la niña tenía ya siete años, fueron más frecuentes dichos ataques, pero continuaban explicándose porque la chiquilla había comido demasiado ó que se había constipado ó que se trataba de influenza. Presentáronse luego los ataques cada vez más, y pareciendo ya gastadas aquellas explicaciones, se diagnosticó anemia y se instituyó un tratamiento roborante. El resultado fué un empeoramiento.

Cuando, hace un año, me encargué del tratamiento, me encontré con una niña de nueve años, de mediana constitución, músculos poco desarrollados, moderado tejido adiposo subcutáneo, piel pálida, húmeda, sobre todo en en las manos y los piés, color de la cara delicado, blanco, rosado pálido en las mejillas. La niña se ruboriza fácilmente. Los labios gordos, la nariz ancha; los dientes limpios; la lengua húmeda, no cargada; las mucosas visibles moderadamente encarnadas. Respiración limpia, vesicular. Los tonos del corazón puros; pulso regular, bastante lleno. Abdomen indoloro, ligeramente hinchado. Propensión á estreñimiento. No se queja de nada; sueño bueno, apetito satisfactorio. De parte del sistema nervioso no se observa nada anormal; este estado favorable se interrumpe periódicamente por ataques repentinos de malestar general, dolor de cabeza, languidez, falta de apetito ó vómito repentino. Una noche la niña se sintió de repente mala; su temperatura subió, se presentó náusea y luego vómito; durante la noche vomitó 26 veces; por la mañana persistía la náusea y vomitó una vez. La

lengua estaba cargada, había estreñimiento, el abdomen estaba ligeramente hinchado, sin dolor. Se prescribieron los calomelanos y dieta. Al tercer día había desaparecido la náusea y el estado general era completamente bueno. Se suprimió el tratamiento y se resolvió hacer una serie de análisis de la orina, pero ya la primera aclaró la cosa. La densidad era de 1026 á 1029 en la porción matinal, el fondo del vaso quedó cubierto de arenillas doradas, y en la porción vespertina hubo un poso análogo dos veces mayor; en la investigación microscópica este poso consta de cristales de ácido úrico con leucocitos y células epiteliales en una cantidad que no excede de la normal. Se prescribió un régimen correspondiente, amasamiento abdominal, y al interior carbonato lítico; durante el verano, la niña tomó baños y agua de Contrexeville. Hace casi un año que no ha vuelto á tener un ataque de vómito. La última análisis de orina, hecha en este mes, ha demostrado que la orina es completamente normal. Para completar la presente historia clínica, hay que añadir que el padre y la madre son artríticos, y ambos abuelos padecían también gota.

El Dr. *Hippius* hace constar que en los últimos diez años ha fijado la atención en esta enfermedad y lo variable é indefinido de los síntomas; si además de estos se puede demostrar la existencia de un estado hereditario y la presencia de ácido úrico en la orina, podrá formularse positivamente el diagnóstico de diátesis úrica.

Los Dres. *Cherno-Schwarz*, *Kisel* y *Krasnobayef*, opinan que la presencia del ácido úrico en la orina no basta para autorizar el diagnóstico de diátesis úrica, siendo indefinidos los demás síntomas.

(*Dyétskaya Meditsina*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Un medio excelente de combatir el polvo. — Los trabajos admirables de Tyndall, Pasteur y Miquel han probado que el polvo es un agente eficaz de transmisión de las enfermedades contagiosas. No sorprenderá esto cuando se sepa que Miquel ha encontrado en un gramo de polvo hasta dos millones de microbios. El polvo mineral, el de las calles y carreteras, es aún mucho más nocivo, porque puede lesionar mecánicamente las mucosas y abrir de este modo una puerta de entrada á los microbios más virulentos que en estado normal existen en las vías respiratorias.

Es, por lo tanto, de la mayor importancia encontrar un medio eficaz y práctico para fijar el polvo. En California se emplea desde hace algunos años con grandes resultados el riego con petróleo caliente. Se necesitan muy ligeras preparaciones preliminares para que el petróleo se amalgame con el polvo y forme una especie de asfalto sólido y durable. Mas este medio, utilísimo en California, donde la tonelada de petróleo cuesta 20 francos, no puede emplearse en otros países á causa del precio elevado de dicho artículo.

Un médico de Monte-Carlo, el Dr. Guglielminetti, ha tenido la feliz idea de sustituir el petróleo por el coaltar. El éxito del ensayo no ha podido ser

más satisfactorio. La superficie de la carretera embreada con el coaltar hirviendo queda durísima y muy compacta. Las aguas pluviales resbalan sobre la superficie sin atravesar la capa de coaltar. No se forma ni polvo ni lodo, ni se nota olor alguno. Como el precio del coaltar varía de 15 á 50 francos la tonelada, el coste del metro superficial de carretera embreada, puede variar de 5 á 10 céntimos, de modo que embrear un kilómetro de calle ó carretera de 5 metros de anchura costará 300 francos próximamente. Las calles embreadas no ofrecen peligro alguno para las personas ni para los vehículos, resultando, por lo tanto, el embreado un medio eficaz contra el polvo.

(*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

Leucocitosis subsiguiente al uso de la digital.—El Dr. Gazza ha comprobado que después de la inyección de infusión de digital, de digitalina ó de digitoxina, en dosis mortal al conejo, se presenta una leucocitosis que subsiste algunos días, aumentando el número de glóbulos blancos hasta 12.000. También en el hombre sano ha observado el autor, que con la inyección de un miligramo diario de digitalina, se observa al cabo de cuatro á seis días un aumento, aunque no tan pronunciado en el número de leucocitos.

Procuró entonces investigar el Dr. Gazza si se observaba el mismo resultado en un conejo infectado con neumococos ó afectado de diplococohemia séptica, y pudo comprobar que, en efecto, no solo aumentaba la proporción de leucocitos con el uso de la digital, sino que los animales á los que se inyectaba este medicamento antes de la infección, vivían más tiempo que los que no se hallaban en este caso. En otra serie de investigaciones se usó la digitalina después de producida la infección, y también en este caso se vió que los animales tratados de esta suerte vivían más que los que servían de testigos.

Deduce el autor, como consecuencia de sus experimentos, que los favorables efectos de la digital en la pulmonía se deben atribuir, no solo á su influencia en el corazón y en los vasos, sino también á una acción directa sobre los agentes portadores de la infección, mediante la producción de alexinas. — (*Riforma Medica*). — R. del Valle.

La adrenalina en la hemorragia intestinal de la fiebre tifoidea.—Warren Coleman dice que la adrenalina ejerce sobre la mucosa del aparato digestivo una acción hemostática análoga á la ejercida sobre otras mucosas. La ha empleado en cinco casos de hemorragia intestinal en la fiebre tifoidea. De los cinco enfermos curaron cuatro, aunque en dos, la hemorragia fué abundantísima. El quinto enfermo murió á los dos días, no de hemorragia, sino de toxemia y extenuación. En cuanto las deposiciones que contienen sangre, debe administrarse la adrenalina, bien por la boca, á la dosis de 25 centígramos, disuelta en leche, caldo ó agua, ó bien en enemas á la dosis de 50 centígramos. El Dr. W. Coleman, ha usado también la adrenalina con gran resultado, en un caso de púrpura hemorrágica con exudación sanguínea abundantísima por la nariz, encías, intestinos y extravasaciones subcutáneas numerosas.—(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA PULMONÍA Y LA SANGRÍA

POR EL DOCTOR

D. JUAN MANUEL MARIANI

Médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa. Madrid.

Desde hace poco tiempo ha resucitado en el mundo médico la cuestión de las emisiones sanguíneas generales, que parecía ya olvidada hace años, y sin duda por esa evolución circular de las ideas, vuelve á aceptarse por algunos con calor, la conveniencia de usar de ellas en las enfermedades agudas del aparato respiratorio, y principalmente en la neumonía: no me extraña el que esto ocurra, pues que en todos los órdenes del saber humano vemos que se elogia con entusiasmo lo que poco antes se había vituperado y hasta calificado de absurdo.

La sangría tuvo su principal defensor en Broussais, que llegó á constituir un verdadero sistema terapéutico, partiendo del concepto de la inflamación y considerando necesario, para combatir ésta, abrir la vena para sacar aquella sangre inflamada, con exceso de fibrina, que llevaba á todos los órganos una nutrición perturbadora y perniciosa.

En esta época á que nos referimos, de la que aún hemos conocido algunos ilustrados médicos, se sangraba á un pulmoníaco extrayéndole 6 ú 8 onzas de sangre y se miraba la costra flojística, es decir, el núcleo de fibrina coagulada, y si ésta era grande, se repetía la sangría dos, tres, cuatro veces, hasta que la costra flojística desaparecía y se consideraba por este hecho yugulada la inflamación.

En ocasiones, la cantidad de sangre extraída era mucho mayor, y golpe sobre golpe—como entonces se decía—para combatir la flo-

gosis sanguínea, creyendo que se yugulaba la enfermedad por este procedimiento tan enérgico; y la generalización de la sangría fué tan grande, que nuestros antepasados y aun los de la generación que nos ha precedido, se hacían sangrar sin prescripción facultativa por un dolor de cabeza, por una molestia insignificante, yo he conocido personas de alguna edad que se habían sangrado por motivos fútiles, casi siempre, cincuenta ó sesenta veces en su vida.

Este desbordamiento de sangre y este exclusivismo terapéutico, empezó á combatirse por Hanhemann, que, prescindiendo de su criterio terapéutico, más filosófico que práctico, es una gran figura en la historia de la Medicina, porque hizo entender y comprender que los males no se curan sólo con remedios, sino que necesitan también del poderoso auxiliar de la higiene y del régimen.

Después, los médicos empiezan á considerar como exagerado y pernicioso el plan antiflojístico, niegan que la sangría yugule la neumonía, y sólo consideran que es conveniente, para combatir la plétora que en algunos casos acompaña á la enfermedad, y á seguida de esta limitación de sus indicaciones, se proscribe casi por completo en el tratamiento de la neumonía, y esta enfermedad se trata por procedimientos completamente opuestos, por el alcohol, por los tónicos, por los estimulantes y la sangría cae en desuso absoluto, quedando sólo reducida su esfera de acción á las localidades pequeñas, donde el vulgo conserva más las tradiciones, donde las ideas evolucionan perezosamente y donde muchas veces el médico se habrá visto obligado á sangrar sus enfermos de pulmonía, porque de lo contrario, si la enfermedad terminaba por la muerte, hubiera tenido que sufrir las amarguras que la ignorancia acumula sobre nosotros, cuando cualquier necio supone que no hemos tenido acierto en el tratamiento.

¿En qué sentido se trata de reproducir el tratamiento de la pulmonía por la sangría? Según unos, porque las estadísticas eran más favorables entonces que ahora; según otros, más modernistas, porque la sangría sustrae del torrente circulatorio una gran cantidad de toxinas, porque además aumenta la formación de los leucocitos, y porque de esta manera se refuerzan las defensas orgánicas contra los microorganismos de la neumonía.

La primera razón no es muy convincente: las estadísticas en Medicina son muy falaces, y prueba de ello es que no hay procedimiento curativo grande ni chico que no se apoye en estadísticas maravillosas y sorprendentes; aun los absurdos mayores, considerados

como tales *a priori* y demostrado que lo son *a posteriori*, ostentan como primera prueba estadísticas brillantes.

De esto tenemos ejemplos recientísimos, los tenemos también en los procedimientos curativos antiguos y se seguirán teniendo con todos los que sucesivamente aparezcan. Es cierto que una porción de hechos terapéuticos verdaderos tienen en su apoyo la estadística, pero también es verdad que todas esas flores de un día, tan abundantes en la literatura médica moderna, sobre todo en la periodística, presentan siempre como condición indispensable los números en apoyo de la eficacia y de la bondad de tal ó cual remedio.

Por esto, la estadística no inspira gran fé (ó al menos á mí no me la inspira), porque nadie ha de apoyar y defender un tratamiento en que los éxitos fueran mucho menores que las decepciones.

Pero hay otra razón: para que una suma sea cierta, los sumandos tienen que ser homogéneos, y circunscribiéndonos al caso de la neumonía, no todas las neumonías son iguales, y por lo tanto, el decir tantas neumonías curadas por tal procedimiento no dice nada, porque entre 100 neumonías tratadas por el mismo procedimiento, 50 se habrían curado solamente con una expectación razonada, y de las otras cincuenta, la mitad hubieran podido ser tratadas con igual éxito por cualquier otro medio de los aconsejados, y por lo tanto, resulta que el procedimiento preconizado A ó B ha concurrido á que se curen sólo veinte neumonías, pues, que es de suponer que de 100 se habrán muerto 5, lo que constituye una estadística muy favorable.

Pero no es esto sólo, lo heterogéneo de la estadística tiene otro punto de gran importancia; de cien pulmoníacos, los hay niños, jóvenes, adultos, viejos; los hay de temperamento fuerte y robusto, endebles, alcohólicos, sifilíticos, con lesiones cardíacas ó con corazón íntegro, con perturbaciones antiguas de los bronquios ó con pulmones sanos. Los hay, en fin, que padecen la neumonía por primera vez, y los hay que sufren la segunda, la tercera ó la cuarta.

¿Es posible que sumandos tan distintos den una suma exacta? ¿Es fácil conseguir que en circunstancias tan diferentes y tan diversas, pueda un mismo y único tratamiento dar resultados siempre iguales? Esto no es posible admitirlo en buena lógica, ni defenderlo en buena clínica.

Pero, aún hay más á propósito de la estadística; la neumonía como todas las demás enfermedades, no reviste siempre el mismo carácter en lo que toca á su gravedad.

Hay épocas, en que sin saber el por qué, la neumonía ofrece una malignidad muy grande y otras, en que, por el contrario y sin razón alguna, es muy benigna; una estadística hecha en las primeras circunstancias, acusará, para cualquier tratamiento, una mortalidad mucho mayor, y mucho menor en el segundo caso, sin que por esto pueda decirse, que el empleado en la época de malignidad de la neumonía, sea peor que el que ha servido para curar á los neumoníacos en la época de benignidad.

Por eso, aunque las estadísticas de estos últimos veinte años acusen mayor mortalidad en la neumonía que las de los veinte primeros años del siglo pasado, habría que tener en cuenta para establecer una comparación exacta, que hemos sufrido cinco ó seis epidemias mortíferas de gripe con numerosísimas neumonías malignas, y que además, en la primera de estas epidemias, la terapeútica, fundada en concepciones más teóricas que reales, ha abusado mucho de los analgésicos antipiréticos que no han dejado de acentuar en muchísimos casos el gravísimo estado de los enfermos y de aumentar las cifras de mortalidad.

Hagamos algunas consideraciones acerca del segundo motivo, que algunos consideran como suficiente para tratar la neumonía por la sangría; me refiero, á que con la sangre extraída se eliminen toxinas de las que, circulando por el torrente circulatorio, dan lugar á los fenómenos de infección.

No deja de seducir á primera vista tal razonamiento, pero si se diseca con el escalpelo de la crítica, bien pronto queda al descubierto lo falaz de la proposición, y se ve desde luego que es una de tantas teorías elaboradas en imaginaciones vivas, pero que no resiste al razonamiento serio del análisis más superficial.

Supongamos que se extraen 500 gramos de sangre de un pulmoníaco, y que, aún siendo más pródigo en sacar sangre el médico, produce una evacuación de un litro, que es ya una cantidad respetable; quedan cinco litros de sangre en el torrente circulatorio, que á las pocas horas se convierten en seis litros, no ya de sangre normal, sino de masa líquida, de plasma; de suerte que, habiendo hecho una evacuación exageradamente grande, privamos á la sangre de su elemento propio, del glóbulo rojo, no disminuímos sino muy momentáneamente, la masa total y las toxinas que se siguen elaborando, vuelven al poco tiempo á encontrarse en la misma cantidad que horas antes de la emisión, y en resumen, hemos privado á la sangre pasajeramente de una cantidad de toxinas que se ha re-

producido muy pronto, y de una cantidad de glóbulos que tardarán mucho en regenerarse.

No faltará quién estableciendo comparaciones, se acuerde al leer el párrafo anterior de que en la uremia de forma comatosa y convulsiva, la sangría produce resultados indudables, pero en este caso concreto, la eliminación de los productos úricos que se eliminan por la sangría y que por su exceso de cantidad en la sangre determinan trastornos cerebrales de intoxicación grave que comprometen la vida, es sólo una tregua para dar lugar á otra terapéutica que restablezca la función renal ó que favorezca la eliminación por la piel de los elementos úricos de que el riñón no puede descartar á la sangre.

De suerte que las circunstancias son muy distintas, porque en este segundo caso la indicación es vital, no curativa, mientras que en el primero ni es vital ni curativa.

Aún hay más, supónese que la sangría en la neumonía, sustrayendo glóbulos rojos, y aumentando el número de glóbulos blancos, da lugar, á una leucocitosis accidental, y que de esta manera tales glóbulos blancos avivan la fagocitosis, la destrucción de los microorganismos, el apagamiento de lás energías de éstos, y la curación de la enfermedad. Y de ser todo esto exacto, la sangría yugularía la neumonía y reduciría su ciclo de siete ú ocho días á dos días ó tres á lo sumo, y sería un tratamiento específico de la enfermedad, lo cual desgraciadamente no sucede.

Además, si esta teoría fuese cierta, no serían las emisiones sanguíneas generales un tratamiento curativo solamente de la neumonía, sino por razones de identidad de proceso, lo sería igualmente de la fiebre tifoidea, de la difteria, de la escarlatina, y de todas las enfermedades infecciosas, porque igualmente en estas enfermedades sustraería toxinas y aumentaría la fagocitosis, y sin embargo, á nadie se le ocurre buscar por este camino el tratamiento curativo de las infecciones agudas, que son tan infecciones como la infección neumónica, sin que yo haya visto hasta la fecha que el neumococo y los demás microorganismos de la neumonía hagan una excepción original á la vida y evolución de los demás microorganismos patógenos.

Después de esta serie de razonamientos, no puedo yo comprender que se trate de erigir en tratamiento sistemático de la neumonía, la sangría, ni apoyándose en las estadísticas, ni fundándose en la evolución de los agentes infecciosos que la determinan.

Además, conviene tener en cuenta las circunstancias de cada época en lo que se refiere á la manera de ser orgánica de las sucesivas generaciones, y la actual, la de nuestra época, no se caracteriza por la fortaleza y por la robustez; se ven muy pocos sujetos pletóricos; aun en los mismos habitantes del campo domina el linfatismo, la debilidad general, la anemia, la neurastenia; hay muy pocos sujetos á quienes les sobre la sangre, á la mayor parte les falta; hay que hacer más uso de los tónicos y de los excitantes, de la alimentación nutritiva y azoada, que de los depletivos, los atemperantes y los ayunos; no hay hoy hombre alguno bastante vigoroso que pueda manejar aquellas espadas enormes, que hoy vemos en los Museos, ni aquellas armaduras pesadas que causan la admiración de los qué las contemplan; es posible que en aquella época fuese necesario usar y aun abusar de la sangria para moderar el exceso de vida y de energía, pero ahora que la vida es cerebral y nerviosa en todas partes, ahora que el espíritu está siempre inquieto, que la alimentación nutritiva y suculenta es patrimonio sólo de las clases acomodadas, ahora que se abusa de las bebidas alcohólicas en todos lados, ahora, en fin, que concurren á deprimir las fuerzas orgánicas multitud de causas independientes de la voluntad del sujeto, no es posible aplicar como tratamiento general el que deprime las fuerzas radicales, el que quita los elementos orgánicos más indispensables para la vida, el que, el mismo Trousseau, en la Clínica médica del Hotel-Dieu, considera como tratamiento al que debe recurrirse muy excepcionalmente.

¿Quiere esto decir que no hay ocasión alguna en el curso de la neumonía en que la sangría deba practicarse? No, seguramente. La sangría tiene á veces indicaciones, pero indicaciones que son puramente mecánicas, indicaciones cuyo único objeto es disminuir pasajeramente la cantidad de líquido del torrente circulatorio, para que el cerebro ó el corazón no mueran por la presión del continente el primero y del contenido el segundo.

Cuando la neumonía ocupa bruscamente uno de los pulmones y determina en el otro una congestión complementaria intensa y el ventrículo derecho no puede vaciarse en las arterias pulmonares, repletas por la *vis a tergo*, y el miocardio de este ventrículo se rinde y se cansa, y la disnea es intensísima y la cara está bultuosa y los ojos brillantes, y en el pulso desaparece la recurrencia radial, entonces hay que abrir la vena, porque á medida que la sangre va saliendo de ella al restablecerse el equilibrio líquido entre el istema ve-

noso y el arterial, el pulmón congestionado se desingurgita, el ventrículo derecho funciona como libre del peso y de la resistencia que tenía y se conjura el conflicto accesorio de la enfermedad que amenazaba con la vida.

Cuando en sujetos de cuello corto, obesos, predispuestos á las fluxiones cerebrales, se presentan en el curso de la neumonía síntomas de éstasis cerebral por obstáculos mecánicos al desagüe de la cava superior en la aurícula derecha, la sangría se impone también porque de un modo mecánico y por disminución de líquido en el torrente circulatorio, siquiera sea pasajera y transitoria, se evitan las graves consecuencias del éstasis, que pueden terminar en la exudación ventricular ó en la hemorragia capilar.

Estas son á mi juicio las indicaciones de la sangría en la neumonía aguda; las circunstancias que determinan esta indicación vital, no son muy frecuentes; por mi parte al menos, habiendo visto muchos cientos de neumónicos, he tenido que llenarlas muy pocas veces, y con respecto á la indicación en los sujetos pletóricos, no he tenido necesidad de practicar la sangría desde el año 1876, en que visitaba una sala en el Hospital Militar de Madrid, en la que durante un año tuve sólo, entre muchos neumónicos, una media docena de quintos recién llegados de sus pueblos, fuertes, robustos y pletóricos, en los que tuve que ordenar la sangría, condiciones excepcionales y que pierde bien pronto el soldado cuando hace la vida de cuartel, poco propicia á la reconstitución orgánica ó al sostenimieniento de la complexión adquirida por la vida de campo continua y perpétua, que es sin duda la más sana y la mejor para el sostenimiento de la salud.

Y aun cuando sea la más humilde de todas, queda en estas líneas expuesta mi opinión acerca de las indicaciones de la sangría en la neumonía.

LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

EN LOS PROCESOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS Y LA LOCURA

POR EL

DOCTOR D. MATEO BONAFONTE

Auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

El caso objeto de la presente historia clínica creo que merece los honores de la publicación, porque demuestra la relación existente entre ciertos trastornos de los órganos genitales femeninos y determinadas alteraciones mentales, así como las consecuencias terapéuticas favorables de una racional intervención quirúrgica.

La descripción sencilla de los hechos será suficiente para la comprobación de estas consideraciones anteriores.

Una enferma, soltera, de veinticuatro años, natural de esta ciudad, la que conocí por primera vez con motivo de una intervención quirúrgica que hube de practicar en ella á consecuencia de una tuberculosis ósea localizada en la cara superior del calcáneo é inferior del astrágalo, datando de unos diez años de fecha.

La rapidez con que se procedió á la intervención desde el momento que fué observada por primera vez, me impidió formarme un concepto respecto del estado mental de la enferma, la que consideré, ó mejor dicho, no me apercibí de alteración alguna mental en aquel momento. Se practicó la resección parcial hace unos tres años, y la curación fué perfecta y así se sostiene; pero para los efectos de mi observación, la intervención quirúrgica inició una serie de trastornos neuropáticos muy característicos, sobre los que hube de fijar mi atención.

Alucinaciones hipnagógicas, accesos maníacos, histerismo sintomático, etc., fueron las manifestaciones dominantes á partir del segundo ó tercer día de la operación: un interrogatorio minucioso me dió por resultado lo siguiente:

El padre de la enferma había muerto alienado, la madre vive en perfecto estado de salud, los hermanos igualmente, y sólo uno de ellos presenta algún estigma psíquico de degeneración, así como la enferma, que pueden apreciarse en ella estigmas físicos muy marcados, como asimetría craneana y aumento del diámetro transversal

del cráneo, etc. La madre indicó que consideraba á su hija no como alienada, pero sí como un carácter muy desigual, que periódicamente se enfurecía, y que suponía que no se trataba más que de una joven de carácter violento. Esta situación continuó hasta el momento actual con alternativas de salud y recrudecimiento de su dolencia, pero coincidiendo siempre las exacerbaciones con la presentación del período menstrual: estas exacerbaciones se caracterizaban por accesos de forma maníaca y coprolalia, impulsiones de carácter diverso, intelectuales, emotivas y hasta suicidas en ocasiones; últimamente dominaba el sindrome histeriforme con unos vómitos tan pertinaces, que por espacio de cinco meses no podía ingerir alimento sólido ni liquido que no fuese expulsado inmediatamente, por lo que su nutrición había llegado á un grado tal de aniquilamiento, que todo hacia esperar un próximo desenlace funesto.

Convencido de que la coincidencia existente entre las exacerbaciones de su estado nervioso y la menstruación debían reconocer como causa alguna alteración en sus órganos genitales, y vencida la repugnancia á someterse á una inspección ginecológica, fué practicada ésta y pude comprobar una retroversiónflexión del útero algo adherente, proponiendo á la familia la práctica de una operación que corrigiese aquélla anómala posición, confiando en que el resultado sería el alivio de la enferma.

Obtenido el permiso correspondiente, y sugestionado por la frase de Manton cuando afirmó que jamás había operado á una demente sin observar alguna mejoría en su estado mental y un alivio positivo en su estado subjetivo, estudié detenidamente lo que la literatura había publicado acerca de casos análogos, y terminó por decidirme el trabajo de Hobbs, el cual, aunque muy extractado, dice lo siguiente:

Entre 800 mujeres, escogió este médico 220 jóvenes que habían tenido hijos; todas ellas eran reclusas del establecimiento ó manicomio del que era director el autor citado. En 188 de ellas notó una ó varias lesiones de los órganos pelvianos y practicó un total de 173 operaciones de gravedad variable, con los siguientes resultados: mejoría notable de la salud, y desde el punto de vista mental, unas veces restablecimiento inmediato de las funciones intelectuales, otras veces lento y progresivo. Así, por ejemplo, en las operaciones en los anexos obtuvo un 63 por 100 de curaciones, en las del cuello y cuerpo del útero 46 por 100, en las correcciones de las dislocaciones uterinas 26 por 100, etc.

Desde este momento me convencí de que no carecían de fundamento científico las indicaciones de la intervención propuesta, y previas las precauciones preliminares á toda laparotomía y ayudado con la inteligente cooperación del ilustrado Dr. Modet y alumnos de esta Facultad, Sres. Marín y Roncalés, se procedió á la operación el día 29 de marzo último, del modo siguiente:

Posición de Trendelenburg, anestesia clorofórmica, laparotomía subumbilical, liberación del útero, el cual estaba fijado por adherencias laxas y tenues, observando en el peritoneo parietal fenómenos de flegmasía crónica caracterizados por un espesor sumamente aumentado del mismo y una vascularización exagerada, inspección del contenido pelviano y sutura mediante tres puntos de seda de la porción de los ligamentos redondos próxima al cuerpo del útero, á la parte inferior de la herida abdominal, atravesando los puntos todo el espesor de los mencionados ligamentos por un lado y la pared abdominal ó planos de la misma, conteniendo todas las capas, excepto la piel y tejido celular subcutáneo, sutura en tres planos y curación operatoria completa sin accidente de ningún género á los ocho días.

Véase lo observado á partir desde el momento de la operación: las siete ú ocho primeras horas consecutivas tuvo la enferma vómitos clorofórmicos, pasadas las cuales no la ha molestado en lo más mínimo este síntoma, pudiendo ingerir alimentación líquida, y desde los seis ó siete días post-operatorios, toda clase de alimentación, lo cual hacía varios meses que le era imposible en absoluto, por efecto de los vómitos pertinaces; algún dolor ó sensación de estiramiento, que persistieron unos siete ú ocho días, y á los doce ó trece días de operada, se presentó la menstruación, admirándose la enferma y la familia de lo tranquilamente que se deslizaron los días de su duración contra lo que esperaban, dada la costumbre de coincidir con la misma función graves exacerbaciones de las alteraciones mentales.

Aun cuando reconozco que no ha transcurrido el tiempo suficiente para poder deducir consecuencias y hacer afirmaciones categóricas, no obstante, es lo suficientemente visible el éxito ya observado, y esta razón me induce á su publicación.

La operación practicada fué la de Beck, modificada por Richelot y Doleris, la cual constituye un verdadero progreso en la técnica de las correcciones quirúrgicas de los cambios de posición del útero pues con ella fijamos el útero sólidamente sin que pueda temerse

contratiempo alguno por una posible gestación ulterior; reconocemos el contenido pelviano con facilidad, completando en caso de necesidad la intervención según el resultado del examen, y por último, la nueva posición del útero se acerca bastante á la normal; asimismo la facilidad de su ejecución es una garantía que juntamente con las circunstancias manifestadas, hace que debamos considerar este procedimiento como de elección.

Y por último, entiendo que debemos, en casos como el presente, sostener el criterio radical de la intervención, pues es indudable que aun en casos como el actual, en el que las alteraciones del sistema nervioso tenía raíces tan profundas que penetraban hasta la condición hereditaria de las mismas, la anomalía de posición del útero y los trastornos y alteraciones anatómicas y funcionales del órgano adquirieron tal importancia en la vida de esta enferma, que rompieron el equilibrio inestable de su inteligencia, confiando en que por lo menos podremos colocarla en situación más halagüeña para sus necesidades sociales, pues actualmente, á partir desde el momento de la operación, su aspecto y conducta no haría sospechar que se tratase de una enferma cuya razón había estado tan alterada.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo. Madrid.

I. De la sínfisis estafilofaríngea y su tratamiento, por el Dr. F. Berini (de Barcelona).

II. Tratamiento médico de las otitis medias agudas supuradas, con propagación antral ó antromastoidea. — Hechos clínicos. — Terapéutica clásica. — Fundamentos de este nuevo tratamiento. — Resultados. — Historias clínicas, por el Dr. Luis Suñé y Molist.

I

Sobre tan interesante asunto como es el de la soldadura parcial ó total del velo palatino á la pared faríngea, no conocemos de nuestro país trabajo alguno, si se exceptúa uno mío aparecido el año 1900 en los *Archivos Latinos de Rinología, Laringología y Otología*. Pero esta breve publicación sólo hacía referencia á una historia clí-

nica de un caso de mi práctica personal, mientras que la conferencia dada por el Dr. Berini en el Instituto Médico Farmacéutico, de Barcelona, y que hemos recibido impresa, representa un esfuerzo más considerable, y aunque el autor no ha tenido la pretensión de realizar un trabajo de conjunto, lo que, por otra parte, no es propio de una conferencia y sí de una Monografía, ha resultado, sin embargo, algo que se le parece, siendo interesante, sobre todo, lo que hace referencia al tratamiento.

Las consideraciones que el autor realiza á propósito de la etiología y patogenia son tan atinadas, que demuestran el estudio amplio y detenido que ha realizado, así como el juicio crítico serio que le anima.

Aprovechando la ocasión para darle las gracias por la benevolencia que muestra al intercalar mi método operatorio en su conferencia, hacemos constar que el método de Albertin Martin á que dió la preferencia en una historia clínica que relata, nos parece muy superior y de racionalidad incontestable en la práctica.

Trabajos como el del Dr. Berin, multiplicados, llegarían á constituir una verdadera medicina española.

II

Leemos siempre con gusto las publicaciones del sabio y experimentado otólogo catalán, porque en ellas siempre aparece la nota de originalidad, porque al escribir se desprende el autor del texto para exhibir su personalidad, cualidad preciosa que si no siempre es la certeza, por lo menos da nacimiento á la novedad. El presente trabajo del Dr. Suñé es de los que positivamente están más en oposición con nuestra manera de ver, pues que al recorrer sus páginas, á cada momento salta la controversia, no pudiendo conformarnos con las ideas vertidas. Mas por eso precisamente es más digno de lectura, porque parece hecho para quebrantar nuestras ideas tradicionales y las que juzgamos de buen sentido clínico.

Es sugestiva su división en tres grupos de las otitis supuradas, según las zonas del oído medio invadidas; es de mucha intención clínica la importancia que al dolor concede en la evolución de estas dolencias; es valiente la casi negación de la retención patológica del pus en el oído medio; es bastante aventurada la comparación de la inflamación profunda de la mucosa timpánica con una periostitis, y es sorprendente negar cualidades de mucosa al revestimiento timpánico, con otra porción de afirmaciones nada corrientes; pero

en verdad, todo ello dicho, no por el mero capricho, sino con el apoyo de razonamientos científicos y de fina observancia clínica.

Con decir, para terminar, que el Dr. Suñé, allí donde otros consideran indispensable la trepanación mastoidea, consigue éxitos con la vesicación mastoidea y la administración al interior del salicilato de sosa hasta la toxicidad, habremos señalado lo profundamente nuevo de la publicación, cuyo mérito no podemos menos de alabar.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 5 *de Mayo de* 1902.

Riñón móvil con hidronefrosis. Nefrotomía y nefropepsia.— Curación. — El doctor Barragán: E. G., de cuarenta y dos años, casado, hojalatero, natural de Tribaldos (Cuenca), ingresó en el Hospital de la Princesa, sala de San Isidro, el 3 de abril.

Su padre murió de enfermedad de las vías urinarias á los cincuenta y seis años, su madre de una del pecho, sus seis hermanos de enfermedades comunes. Tuvo buena salud hasta los dieciocho años, en que comenzó, sin causa que recuerde, á sufrir fuertes dolores en la región lumbar derecha, que se irradiaban á la fosa ilíaca del mismo lado, é iban acompañados de náuseas y vómitos; abscesos de dolor, que no eran periódicos, sino que aparecían unas veces á los ocho días, otras al mes, y aun hubo intervalos de un año. Pasadas las horas de dolor el enfermo quedaba bien. Jamás notó, ni antes ni después, variación en los caracteres físicos de la orina. En estas condiciones continuó hasta los treinta y seis años, ó sea hace seis, en que las crisis dolorosas se acortaron, no en el número, sino en la intensidad: el dolor era agudísimo en todo el flanco derecho, tenía vómitos que, al decir del enfermo, eran de exceremento y se abultaba el vientre. Todos estos fenómenos iban acompañados de fiebre, que le dejaban postrado en cama algunos días. Estas crisis dolorosas se han repetido en los seis años, cinco ó seis veces.

Estado actual.—Enjuto de carnes, de buen color y regular apetito. Nada cerebral. Nada torácico; las molestias las refiere al vientre, y allá dirijimos nuestra exploración. Digestiones difíciles, algo de aumento en la zona de sonoridad gástrica (dilatación), y en la macidez hepática. Por la palpación se aprecia un tumor liso, resistente, perfectamente deslizable entre los dedos, de unos 12 centímetros en su diámetro mayor, que en el momento de explorarle, ocupa la zona umbilical, pero que se puede llevar hacia abajo y

arriba y cuesta trabajo deslizarlo hacia la fosa lumbar, sin llegar á conseguirlo (no se puede reducir). Estas maniobras provocan dolor, aunque en estos últimos días los tiene además espontáneamente.

El enfermo no tiene grasa: las paredes abdominales son flácidas y se puede percibir al tacto bimanual el riñón izquierdo en su fosa lumbar correspondiente. La fosa lumbar derecha está deshabitada. Los análisis de la orina poco indican, no sólo en el orden químico, sino microscópico, exceptuando un ligero aumento en su cantidad (1400), la disminución de densidad consiguiente (1854) y medio por 1000 de albúmina.

Diagnóstico.—Riñón móvil, segundo grado ó posición (Glénard), sin pensar en otra cosa más. Tratamiento el quirúrgico. ¿Por qué? Luego lo veremos.

Operación el 3 de abril.—Incisión oblícua lumbo-ilíaca; disección por capas hasta la hoja anterior de la aponeurosis del transverso, abertura de ésta. No existía atmósfera adiposa, ni fascia perirenal. Fué empujado el riñón por un ayudante con el fin de llevarlo al campo operatorio, acto difícil puesto que había que emplear un gran esfuerzo para conseguirlo, y se escapaba con facilidad á pesar de aprisionarlo con pinzas de garfios, lo cual indicaba bien claramente que la hoja anterior de la aponeurosis perirenal ó el riñón habían contraído adherencias por el peritoneo, de tal suerte que al intentar descortezar la cara posterior renal, nos encontramos con que la fascia, peritoneo y cápsula propia, formaban una sola capa, viéndonos obligados á despegar el peritoneo para dar más movilidad al riñón.

Hecho esto, inspeccionamos el riñón, y como no aparecía con su color propio, y en la necesidad de denudarlo para su fijación, comenzamos á disecar con cuidado y á pequeños cortes, dando salida en uno de ellos á unos 500 gramos de orina aséptica. Con esta ocasión exploramos con el dedo el riñón; nada encontramos, terminando con la sutura á estilo de Guyón-Tuffier, fijando el hilo superior á la última costilla y el medio por la abertura renal, con lo cual quedó cerrada.

El curso post-operatorio fué completamente apiréptico, la herida cicatrizó por primera intención, cedieron todas las molestias, se retuvo en cama al enfermo el tiempo reglamentario, veintiocho días, colocándole antes de levantarse una faja ortopédica para evitar la recidiva, muy frecuente, por cierto, á pesar de la fijación.

Expuesto el caso, haremos las siguientes consideraciones:

Que el tratamiento quirúrgico en las enfermedades de esta clase, está indicado: 1.° En los riñones móviles que provocan con fecuencia crisis dolorosas muy agudas y no soportan la faja contentiva. 2.° En los que la acodadura ureteral es fácil y ocasiona muy á menudo la hidronefrosis. 3.° (1) Cuando da lugar á compresiones sobre las vísceras abdominales, y 4.°, los que se infectan ó degeneran.

Cuando la hidronefrosis ha distendido considerablemente el riñón, y la retención no desaparece por el simple reemplazamiento (nefropepsia), nos veremos obligados á practicar la *nefrotomía*.

Por otra parte, cuando el riñón se encuentra infectado, existe pielitis ó hidronefrosis, alguna vez dará resultado la nefretomía, pero la frecuencia

(1) El caso actual está incluído en el primero y segundo grupo.

con que quedan fistulas renales, y que en el 20 por 100 de casos obligan á practicar la nefrectomía más tarde, justifica al parecer su ejecución primitiva; lo mismo puede decirse de los riñones móviles infectados ó degenerados.

Respecto á la génesis de la intermitencia en la hidronefrosis por desplazamiento renal y á la causa de que en la mayoría de los casos el riñón móvil sea el derecho y más frecuente en la mujer; puede consultarse el artículo que hemos publicado en esta Revista: «Riñón móvil, hidronefrosis intermitente simulando una apendicitis, laparotomía.—Curación».

Un caso de absceso cerebral con síndrome de Weber. — El Dr. Gayarre: Era un hombre que en marzo de 1901 fué conducido á la Clínica del doctor Madinaveitia, en coma completo. No se pudo obtener ningún dato anamnésico. Estado actual: coma, hemiplegia izquierda (facial, brazo y pierna), ptosis midriasis, rigidez pupilar refleja del lado derecho, sin estrabismo. No hay vómitos, ni lentitud de pulso, ni éstasis papilar, ni fiebre. Diagnóstico: el síndrome de Weber (hemiplegia alterna oculomotriz), aunque no completo (faltaba el estrabismo externo), obligaba á suponer que la lesión estaba en el pedúnculo cerebral derecho. No se diagnosticó la naturaleza de la lesión. El enfermo falleció al día siguiente de su ingreso en el Hospital.

Autopsia: Abierto el cráneo llama la atención la extraordinaria sequedad de la superficie del cerebro. En el hemisferio derecho de éste hay una masa fluctuante al tacto, pero que no sobresale de la superficie y situada en la convexidad del lóbulo parietal.

Se hace una sección frontal en dicho lóbulo y se encuentra un absceso del tamaño de una naranja mandarina, que se extiende por delante hasta las inmediaciones de la circunvolución parietal ascendente, por detrás hasta el lóbulo occipital. Todo el absceso está contenido en la masa de la corona radiante, no interesa la cápsula interna, ni comunica con los ventrículos; estaba á punto de perforarse en la superficie del pliegue curvo, pero no había aún indicio de perforación, la substancia gris de esta región estaba aún completamente intacta.

Del absceso salió gran cantidad de pus espeso, fétido, en el que se encontró principalmente estafilococos. En la pared superior de la cavidad purulenta, en la corteza cerebral misma se había formado otro absceso del tamaño de una avellana sin comunicación alguna con el principal.

Este caso no demuestra nada nuevo, pero comprueba dos hechos de gran importancia clínica, en los que conviene insistir. Estos son: 1.°, que puede haber síntomas evidentemente focales, sin que la lesión causal esté en el órgano de que proceden tales síntomas. En este caso el síndrome de Weber no fué producido por lesión peduncular (que no existía), sino indirectamente por la compresión ejercida en el pedúnculo por un absceso situado en una zona indiferente, no motora (corona radiante del lóbulo parietal). Por consiguiente, el diagnóstico topográfico había de ser forzosamente equivocado, y 2.°, la inseguridad de la intervención quirúrgica, consecuencia necesaria de la vacilación diagnóstica. Según la estadística reciente de Allen Starr, que comprende 1171 casos de tumores intracraneales, sólo 7'5 por 100 de los casos, fueron accesibles al tratamiento operatorio; en el 92'5 por 100

restante la intervención fué inútil. Según Fiehen, el número de casos de tumores intracraneales que hasta ahora han sido curados por la operación, no pasa de 1 por 1000. Este autor supone que en el estado actual de la Patología del sistema nervioso, se podría hacer un diagnóstico topográfico exacto y extirpar radicalmente la lesión en 20 por 100 de los casos.

La situación es más favorable en el absceso cerebral cuando se puede comprobar que es de origen otítico ó traumático evidente. El verano pasado, el Dr. Simarro diagnosticó un absceso del lóbulo frontal de origen traumático, hizo la trepanación con éxito completo y la curación fué radical.

Un caso de tumor de la cauda equina.—El Dr. Gayarre: Jornalero de veintitres años; á los trece tuvo difteria seguida de parálisis del velo palatino (voz gangosa, trastornos de deglución). En diciembre de 1900, chancro en el pene, debajo del meato, que apareció á los quince días del coito y un bubón. Ingresó en la Clínica del Dr. Valle en noviembre de 1901. Refiere que hace cinco ó seis meses empezó á notar calambres en las piernas, dolores en la región sacra y piernas, cada vez más intensos, después paresia de los miembros inferiores, que al fin se convirtió en parálisis total.

Estado actual (12 noviembre 1901): Paraplegia dolorosa, esto es, parálisis degenerativa con dolores agudísimos, constantes, intolerables en ambas extremidades inferiores. Parálisis vesical y rectal, falta del reflejo rotuliano y del tendón de Aquiles, reflejo cremastérico y abdominal intactos, falta del reflejo anal, no hay síntoma de Babinski. Anestesia (para las tres clases de sensibilidad) de la región anal, periné, del pene, de la parte posterior del escroto y de la región superior interna del muslo; la zona anestésica tenía la forma de fondo de pantalón de montar. Una úlcera por decúbito del diámetro de un duro, en la parte media de la región sacra.

Diagnóstico: Mi amigo el Dr. Mazo y yo diagnosticamos una lesión de la cauda equina.

El síndrome era típico: paraplegia dolorosa, anestesia de forma característica, parálisis vesical y rectal. El tratamiento antisifilítico no dió resultado alguno, los dolores persistieron, y el enfermo murió el 29 de noviembre.

Autopsia: Abierto el conducto raquídeo, se encontró un tumor blando en la superficie exterior de la dura madre espinal, extendido desde la primera vértebra lumbar hasta la segunda sacra; ocupaba toda la luz de dicho conducto.

La superficie interior de la dura madre estaba completamente lisa, brillante y libre, sin adherencia alguna con la médula. La cola de caballo estaba muy comprimida por el tumor. El examen microscópico demostró que éste era un sarcoma de células pequeñas.

Por consiguiente, la lesión no era primitivamente de la cauda equina, pero formaba alrededor de ésta un estuche rígido que la aprisionaba. Como la lesión no estaba en las raíces mismas, sino en la dura madre, no se puede decidir por la sola inspección anatómica cuáles eran las raíces comprimidas; pero si se tiene en cuenta que había sin duda reflejo cremastérico y que faltaba el rotuliano, se puede afirmar, con arreglo á los esquemas de Starr-Edinger, Kocher, etc., que estaba libre el segundo par lumbar, pero comprimido el nervio crural que nace del tercero y cuarto segmentos lumbares.

La forma de la zona de anestesia total y los trastornos vesicales y rectales, indicaban que la compresión era mayor en las raíces sacras tercera y cuarta. Desde que exploramos al enfermo creímos que los síntomas eran radiculares y no medulares, sobre todo por la intensidad del dolor. Verdad es que hay muchos casos en que es dificilísimo el diagnóstico diferencial entre las lesiones del cono terminal y las de la porción inferior de la cauda equina. Según Schlesinger y Higier, en las lesiones del cono hay á veces, y sólo temporalmente, disociación siringomiélica de la sensibilidad y contracciones fibrilares de los músculos paralizados. Es dudoso el valor de estos síntomas, que no existían en nuestro caso. En cambio, los dolores son propios de la lesión de la cauda. Este diagnóstico diferencial tiene extraordinaria importancia práctica, porque Schultze ha demostrado que una lesión de la cola de caballo á la altura de la tercera ó cuarta vértebra lumbar, puede producir exactamente los mismos síntomas que una lesión del cono medular que está situado al nivel de la décimasegunda vértebra dorsal y primera lumbar, y es evidente que en tales condiciones no se sabrá dónde aplicar la intervención operatoria. Véase el esquema de Schultze-Köster, que pone muy bien de manifiesto esta particularidad topográfica.

De los dos casos que he presentado (acompañados de las piezas anatómicas correspondientes), el primero es un error diagnóstico, á mi juicio, inevitable, y por lo mismo de gran importancia práctica; el segundo es un acierto diagnóstico, no difícil, gracias á los trabajos de Bernhardt, Raymond, Kocher, Müller, Schultze, etc. (1). Los dos demostrarían, si fuera necesaria tal demostración, que la Clínica sin autopsias es pura charlatanería. En Madrid (520.000 habitantes) se hacen al año, cuando más, unas 50 autopsias. En el Hospital de Friedrichshain, de Berlín, por ejemplo, se hacen unas 1500, esto es, el mismo número que en Madrid en treinta años.

El Dr. Garcia del Mazo : Este enfermo lo observé con el Dr. Gayarre, coincidiendo sin discrepancia alguna en todos los detalles por él expuestos. A primera vista parece extraordinariamente difícil llegar á diagnosticar un tumor de la cola de caballo, pero si nos fijamos bien en la sintomatología especialísima que produce, nos convenceremos, se llegan á diagnosticar con relativa facilidad, previo un examen detenido del enfermo, sobre todo, en lo que respecta á sensibilidad ; el cuadro que presentaba este enfermo de dolores continuos violentos en el interior de la pelvis y á lo largo de las extremidades inferiores, con trastornos de vejiga y recto, anestesia en forma de *culo de pantalón de montar*, paraplegia con pérdida de los reflejos, anal, rotuliano, Aquiles, es tan característico, que no se da en otra enfermedad y bastan para hacer el diagnóstico ; esto en cuanto á sitio, la naturaleza de la afección ya era un poco más obscura, pues el enfermo era sifilítico sin duda alguna y de pocos meses, apreciándose la dureza chancrosa en el prepucio y los infartos peculiares de la sífilis, contando además, el enfermo había sufrido dolores de cabeza, angina, etc. ; y como la sífilis grave del sistema nervioso se presenta en las primeras épocas que siguen á la infección,

(1) El esquema de Schultze puede verse en la obra de Bernhardt: *Die Erkrankungen der peripherischen Nerven*, pág. 423 (*Enciclopedia* de Nothnagel), y en la de Oppenheim: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, 3.ª edición, 1902, pág. 355.

hacía probable la existencia de una localización en la cola de caballo; se instituyó un enérgico tratamiento de fricciones mercuriales y yoduro potásico, no mejorando absolutamente nada su estado; entonces hicimos el diagnóstico de tumor por ser lo más frecuente, confirmado como se ve por la autopsia.

En estos tumores pudiera pensarse en la intervención quirúgica, pero como no es posible determinar con seguridad la altura á que se encuentra la afección en la región ocupada por la cola, es mucho el traumatismo necesario para su busca, esto aparte de la malignidad del tumor y dificultades para su extirpación completa, que hacen cuando menos inútil la operación.

El Dr. Valle y Aldabalde: Una de las particularidades del caso actual es la de que en realidad ni la duración y marcha del mal, ni las lesiones encontradas en la autopsia, explicaron bien la rapidez con que sobrevino la terminación funesta. Es posible, como dice muy bien el Dr. Mazo, que el agotamiento nervioso producido por el dolor intenso y persistente haya sido el causante de la muerte, aunque se ven enfermos que con dolores no menos atroces resisten mucho más tiempo.

Los antecedentes sifilíticos de este sujeto por una parte, y el hecho de tratarse de una lesión sarcomatosa, me recuerdan el caso de un sujeto que he visto hace años en la Clínica del Dr. Creus con reinfección sifilítica bien comprobada y epitelioma del recto, que pareció haberse desarrollado sobre lesiones sifilíticas del mismo órgano. Traen estos hechos á la memoria los de epiteliomas del cuello interno desarrollado sobre la base de lesiones blenorrágicas, así como de sarcoma del pulmón que se presenta en los que trabajan en las minas de cobalto; en una palabra, la interesante cuestión de las relaciones que puede haber entre una infección precedente ó un traumatismo y una neoplasia actual. De todos modos, siempre que haya antecedentes sifilíticos, se debe empezar como se ha hecho en el caso presente y es de rigor, por el tratamiento específico.

Luxación de una catarata en el curso de una operación. — El Dr. Marquez: Presento un enfermo de setenta y tantos años, alcohólico, con su temblor típico, arterio-esclerósico, hombre de movimientos bruscos, que se presentó en la consulta oftalmológica del Real Hospital del Buen Suceso con cataratas en ambos ojos, incompleta todavía la del izquierdo y completa la del derecho. Le operé esta última en mi casa de curación, ocurriendo durante el acto accidentes curiosos y de alguna enseñanza. Durante el primer tiempo (talla del colgajo) no ocurrió nada de particular, así como tampoco durante el segundo (quistitomía). Después de ésta, y *una vez quitado el blefarostato*, procedí al tercer tiempo (extracción), poniendo la pala de concha en el borde superior de la herida (era á colgajo superior), y haciendo *suaves* presiones sobre la parte inferior del ojo con el pulgar á través del párpado inferior. De repente hizo el enfermo un movimiento brusco de descenso del ojo á la vez que de parpadeo intenso, y al mandarle abrir el ojo después de unos momentos, observé que salía por la herida algo de humor vítreo, á la vez que la pupila adquiría el color negro, indicio de la desaparición de la catarata de su campo.

Se trataba, por lo tanto, de una luxación del cristalino en el vítreo, accidente que ocurre alguna vez, ya por haber hecho demasiada presión al hacer

la quistitomía, ó ya, sin que esto ocurra, por una excesiva fragilidad de la *zónula*. Mas á ninguno de estos mecanismos es imputable el accidente en este caso, pues hubiera seguido *inmediatamente* á la quistitomía, sino al movimiento brusco verificado por el enfermo.

¿Qué hacer en tal situación? Aunque la mayor parte de los autores recomiendan que en casos tales se vaya á buscar *valientemente* el cristalino con la cucharilla y se extraiga, por los peligros ulteriores que entraña un cristalino luxado en el vítreo (aconsejando otros, además, la iridectomía), me decidí, después de pensarlo unos momentos, por no hacer nada, porque si lo primero puede ser la regla tratándose de enfermos dóciles, no ocurría lo mismo en el mío, que era el modelo más completo de movimientos ineducados. Me limité, pues, á poner un vendaje oclusivo. El enfermo no tuvo nada de particular salvo una pequeña sinequia superior, y levantado el apósito á los dos días, el campo pupilar estaba limpio y la cicatrización de la herida se hizo bien. En la actualidad, todo el mundo diría que es un operado vulgar de catarata, pues hay que advertir que instilando midriásicos y examinando al oftalmoscopio, no he podido encontrar vestigios del cristalino, que probablemente se ha reabsorbido. Con lente convexa de 10 dioptrías, el enfermo tiene una agudeza visual correspondiente á $^1/_2$ de la escala de Wecker, resultado bastante satisfactorio.

La enseñanza de lo anterior está en que una terapéutica activa, *valiente*, según la frase de los autores, hubiera producido casi con seguridad la evacuación total del vítreo y la atrofia consecutiva del globo, y en cambio, no tenemos que arrepentirnos de la conducta, que nosotros hemos creído prudente, seguida en este caso excepcional.

Investigaciones sobre la dionina en terapéutica ocular. — El Dr. Marquez: Sabido es que este derivado de la morfina (clorhidrato de etilmorfina) viene siendo objeto, desde hace dos ó tres años, de las investigaciones de los clínicos como analgésico general y local. Limitándome á este último aspecto, que es el único que puedo juzgar por cuenta propia, he de decir que aunque soy un poco desconfiado tratándose de nuevos productos medicamentosos, que todos los días se preconizan con gran empeño, y que se ve después que no sirven para nada, tal ha sido la insistencia con que varios oftalmólogos, siguiendo las huellas de Darier, que fué el primero en emplearla, han hablado de su poderosa acción local, que me decidí á emplearla en mi consulta del Hospital del Buen Suceso.

Para ello, la Real Farmacia, que con un celo que nunca agradeceremos bastante, pone á nuestra disposición todos los medios necesarios, nos proveyó de una disolución al 5 por 100, con la cual hemos hecho casi todas nuestras observaciones, que son 18 hasta la fecha.

Prescindiendo aquí de los detalles de cada una, que constan en el libro de la consulta, por no hacer muy pesada esta exposición, diré que se refieren todas ellas á afecciones dolorosas del polo anterior del ojo, tales como úlceras primitivas ó consecutivas, tracoma, traumatismos, iritis, panoftalmías, etc. Sin participar de las exageraciones de Darier, que cree que la dionina *cura* muchas afecciones dolorosas y que el dolor no vuelve, diré que éste se quita totalmente en muchos casos, se atenúa en otros, y excepcionalmente no se obtiene resultado alguno, advirtiendo que en los casos en

que desaparece ó se atenúa, los dolores vuelven en cuanto cesa la acción del medicamento, generalmente al otro día, y además, que como su análogo la morfina, la acción parece ser cada vez menos intensa en los días sucesivos por efecto del hábito.

En una de mis observaciones, en que se trataba de una panoftalmía, que vino á la consulta en plena agudeza, no se logró resultado alguno, lo cual se comprende por no haber superficie de absorción, pues el globo estaba en fusión purulenta. En otro de panoftalmía (los dos únicos que he observado de esta afección), de menor intensidad, se calmó el dolor, aunque no desapareció del todo.

Simi cita tres casos de glaucoma en que desaparecieron los dolores con el empleo del medicamento; Darier y Terson otro cada uno.

Respecto á los efectos que se notan al aplicarle, diré que en disolución al 5 por 100, la instilación de dos ó tres gotas va seguida de la aparición de un gran quemosis, que asusta si no se está prevenido, pero á pesar del cual la córnea no pierde un momento su transparencia. Este hecho, dicho sea de paso, nos dice que en las afecciones conjuntivales, como en las conjuntivitis purulentas del recién nacido ó del adulto, cuando la córnea se reblandece y muere, no es por la compresión mecánica de los vasos que el quemosis determina en la periferia, como se ha supuesto, toda vez que en este *quemosis experimental* producido por la dionina no se observa el menor trastorno, sino por la acción de las toxinas ó de las bacterias mismas que obran allí como en el resto de la superficie ocular. El quemosis de la dionina que dura unas cuantas horas, va precedido de un escozor más ó menos grande, según la susceptibilidad de los enfermos, á quienes hay que prevenirles la aparición de dichos fenómenos. En cambio, á los pocos minutos el alivio es grande, y los mismos enfermos lo manifiestan sin que se les pregunte. Otro fenómeno que se observa es una ligera dilatación pupilar después de algún tiempo. Generalmente todos estos síntomas han desaparecido al día siguiente.

Respecto al modo de acción, todo son conjeturas, y no he de entrar en la exposición de las diversas hipótesis que pueden verse en el trabajo de Darier. —(*Therapeutique oculaire*. París 1902).

Lo cierto es que este agente es el primero de un grupo de *analgésicos locales* en nada semejante al de los anestésicos locales, pues éstos no calman el dolor en ojos inflamados, como ocurre con la cocaína, así como los primeros no producen verdadera anestesia, toda vez que la sensibilidad de la córnea no desaparece, como ocurre con este último agente.

Respecto al *modo de administración*, Darier preconizaba al principio usarla en polvo, lo cual producía una acción muy intensa, hasta que se ha venido á concluir en que la disolución al 5 por 100 es la mejor cuando es el médico el encargado de usarla. Cuando se haya de confiar al enfermo, ya sola, ya asociada á otros medicamentos oculares, como atropina, eserina, etc., lo cual puede hacerse sin inconveniente alguno, las disoluciones han de ser más débiles, de $^1/_2$, 1 ó 2 por 100, para instilar cada dos ó tres horas.

En resumen; si he de sacar consecuencias de mis observaciones, aunque éstas sean aún muy pocas para que las primeras tengan algún valor, *la dionina es positivamente un analgésico ocular local que merece usarse, pero sólo*

á título de medicamento sintomático, sin perjuicio de procurar llenar siempre la indicación patogénica, que es la más científica y racional. Hacen falta, por otra parte, más observaciones para resolver definitivamente sobre el valor y eficacia del nuevo producto.

Caso notable de sífilis terciana.—El Dr. Marquez: Una señora de cincuenta años, viuda desde hace once, se presenta con enorme exoftalmía del ojo derecho, visión casi abolida, papila de éxtasis al oftalmoscopio y parálisis del músculo recto externo del mismo lado. Además, otras tumoraciones en ambas mandíbulas que deformaban la cara y producían gran asimetría. Como antecedentes, refiere que hace año y medio empezó á notar grandes dolores en la mitad correspondiente de la cara, seguidos de anestesia de la misma región, después la desviación del ojo hacia adentro, á la vez que veía doble, y la exoftalmía. Confieso que á primera vista me hizo el efecto de un tumor de la base del cráneo, probablemente de índole maligna, con prolongación á la órbita por la hendidura esfenoidal, pero recordando que nunca está demás el empleo del tratamiento específico, *por si acaso*, instituí éste á la dosis de tres cucharadas al día, conteniendo cada una un gramo de IK y un centígramo de I_2Hg. He de confesar que lo hice con cierto escepticismo, y mi asombro fué considerable al volver la enferma á los pocos días y encontrarla mejoradísima. Hoy la exoftalmía casi ha desaparecido, así como el éxtasis papilar, siendo la visión de $^1/_2$ á $^1/_3$, casi igual que la del otro ojo, y habiendo desaparecido igualmente las deformaciones de los maxilares, si bien persiste aún la parálisis del recto externo. A las dos ó tres veces de venir me ha confesado la enferma lo que yo no me atreví á preguntarla la vez primera: que en los últimos años de su matrimonio padeció sífilis, lo cual aclara la incógnita.

Relato este caso, por la enseñanza que encierra respecto á la eficacia de un tratamiento que en casos tales debe siempre ensayarse antes de tomar resoluciones más radicales.

PERIÓDICOS

Hemicránea mortal.— En la *Gaceta Médica del Norte* publica el Dr. Ots el caso clínico referente á un joven bilbaino, de veintidós años, soltero, hijo de padres sanos, que viven en la actualidad y sin antecedentes reumáticos, palúdicos, sifilíticos, alcohólicos y diatésicos, que el 25 de julio pasado, interrumpió su buena salud habitual, no alterada por ningún proceso febril anterior, una violenta hemicránea frontal, que le obligó á regresar á su domicilio y á guardar cama, logrando á las pocas horas la desaparición de la neuralgia con la ingestión de la antipirina.

A los cuatro días de buen estado y sin el menor asomo de dolor, repitió de nuevo la hemicránea en el lado derecho de la región frontal, y esta vez los remedios farmacológicos prescritos con buen resultado en el acceso anterior fracasaron por completo, al administrarle la aconitina; en vez de la calma natural esperada, sobrevino una exacerbación intensa del dolor, con

vómitos incoercibles, agitación extrema y hasta desórdenes psíquicos, que determinaron la prudente suspensión del medicamento y la prescripción de una inyección de morfina.

Desde esta fecha hasta el momento de encargarnos de la asistencia del enfermo, le vieron en consulta ó en visita varios médicos, y todos ellos agotaron sin resultado los sedantes y antineurálgicos conocidos, incluso las aplicaciones de hielo á la cabeza y sanguijuelas á las apófisis mastoides.

La hemicránea del lado derecho, que algunas veces se propagaba al izquierdo, el insomnio, los vómitos, la agitación y desórdenes psíquicos siguieron dominando la escena patológica, cediendo sólo á las inyecciones de mofirna que se le aplicaban dos ó tres veces al día; esto es, en cuantas ocasiones se avivaba el dolor, haciéndose intolerable.

En estas condiciones vió por primera vez el Dr. Ots al paciente el 15 de octubre, comprobando un síndrome que á primera vista parecía denunciar una hemicránea de índole histérica, determinada más bien por los fenómenos de dinamogenia puestos de relieve en estos neurósicos por Brown-Sequard, que por lesión profunda y grave de los órganos encefálicos.

Fundaba esta presunción pronóstica favorable, en la no existencia de ningún desorden motor, ni alteración sensitiva y sensorial, con integridad completa de las facultades intelectuales, que á su modo de pensar descartaban toda probabilidad de invasión tumoral dentro de la cavidad craneana, y la falta absoluta de fiebre en todo el curso del padecimiento, que desterraba la posibilidad de cualquier lesión inflamatoria en el encéfalo ó sus envolturas. Unase á estos síntomas negativos la sola existencia de la hemicránea en el lado derecho, sin estar afectada la función visual, ni mucho menos el motor ocular común, condicional que elimina la eventualidad de una neoplasia en la base del cráneo, y se comprenderá el prematuro optimismo que abrigaba al Dr. Ots.

La impulsión cardíaca ofrecía relativa lentitud, 56 pulsaciones por minuto, y la irregularidad de que cada 8 ó 9 latidos radiales solía faltar uno; sin embargo, considerando semejante manifestación una resultante del efecto parésico de la morfina, bajo cuya acción se encontraba el paciente, no hubo de concederle importancia, ni menos representación dentro del cuadro morboso.

Al pretender comprobar el estado de la sensibilidad y reflejos de las extremidades inferiores, encontró que aquel cuerpo era casi un esqueleto, puesto que á través de la piel no se percibían ni vestigios del tejido adiposo subcutáneo y á penas quedaban escasos resíduos de las masas musculares, y por lo tanto, pocos laureles se podían cosechar; pero había contraído un compromiso profesional y no podía retroceder.

Le dispuso el bromuro potásico, como sedante, el trional, como inóptico y las inyecciones de suero salino, como estimulante orgánico general, y tuvo la fortuna de que en el resto del día no le molestase la hemicránea, tolerando bien la alimentación líquida de caldos, leche y huevos, que dispuso como régimen dietético, y logrando dormir por la noche unas ocho horas de sueño tranquilo, apacible y normal.

A la mañana siguiente, ó sea el 17 de octubre, se presentó la neuralgia algo más atenuada que los días anteriores, y por si era debido á un fenómeno

autosugestivo, le dispuso una inyección de agua, haciéndole creer que era de calmante; pero en vista de que el dolor no cedía se le aplicó la morfina, quedándose tranquilo y analgésica la región frontal.

El 18 volvió á reproducirse la hemicránea, haciendo necesaria otra inyección de morfina, con la cual quedó anulado el dolor. Tanto este día, como el anterior, toleró perfectamente la medicación prescrita y los alimentos, durmiendo cada noche unas nueve á diez horas.

El 19, continuaba dormido y después de vivas excitaciones logró despertarle. Comprobó entonces fuerte saburra lingual, conjuntiva izquierda inyectada, pulso lleno, desenvuelto y de normal frecuencia, ningún asomo de cefalea y lentitud en las percepciones y reflexiones corticales. Al continuar por la noche el mismo síndrome de estado congestivo cerebral, suspendió el bromuro y el trional, que no volvió á tomar después, le aplicó una inyección de éter sulfúrico y le prescribió un enema salino.

El 20 continuaba en el mismo estado de somnolencia y congestión cerebral, sin haberse exonerado el intestino recto, con el pulso lento, pequeño y de 60 latidos por minuto y despertando á las fuertes y vivas excitaciones en un estado subconsciente, durante el cual contestaba correctamente y con lentitud á cuantas preguntas se le dirigían.

Se le aplicó una inyección de éter sulfúrico y se le prescribió el acetato amónico y un purgante salino.

Por la noche continuaba la somnolencia, el pulso era desenvuelto y frecuente (110 pulsaciones), el estado de sopor persistía y el purgante no había hecho efecto. Se le suspendió el acetato amónico y se le prescribieron dos enemas salinos, con los cuales se logró una abundante evacuación rectal á las tres de la madrugada.

El 21 sigue la somnolencia, pero no tan acentuada como los días anteriores, puesto que despierta con más facilidad á cualquier excitación, contesta con más naturalidad y prontitud á las preguntas y no le molesta la cefalea. El pulso es de normal frecuencia y plenitud, la lengua menos saburrosa y la conjuntiva exenta de la inyección sanguínea anterior; se le prescribe el acetato amónico.

El 22, sin haber desaparecido por completo el estado subconsciente, despierta todavía con más facilidad, los períodos de vigilia son más largos, no aqueja dolor en la frente, sino el temor de que puedan reproducirse, tolera bien la alimentación y duerme tranquilo los intervalos que median entre las tomas de alimento y medicamento.

El 23 se muestra tranquilo, despierta con frecuencia, no siente molestia alguna y contesta correctamente al interrogatorio.

El 24 se pronuncia el estado saburral gástrico y con él se reproduce en forma atenuada la somnolencia, pero esta vez acompañada de dos síntomas nuevos: la ambliopía y un desorden afásico, consistente en balbuceo. Un purgante salino y un enema determinan profusa deposición y con ella desaparecen las manifestaciones anteriores.

Los días siguientes, hasta el 30 inclusive, los pasa perfectamente, sin cefalea, tranquilo, durmiendo bien, tolerando perfectamente la alimentación, sin afasia, sin ambliopía y únicamente con ligera tendencia á la somnolencia, que desaparece ante cualquier incitación auditiva.

El 31 de octubre sobreviene de nuevo la saburra gástrica y la retención de heces fecales consiguiente, y con ella complica el curso de la enfermedad una nueva congestión cerebral de idénticas manifestaciones sintomáticas que la sobrevenida el día 24, pero más intensa y grave. Con la medicación empleada anteriormente, más la revulsión á las extremidades inferiores, se lograron atenuar los fenómenos congestivos lo suficiente para conjurar la amenaza mortal que acechaba su existencia, más no para hacer desaparecer, como en los dos ataques anteriores, los síntomas concomitantes á la congestión cerebral.

En los días siguientes fué más pronunciada la somnolencia, costando mucho trabajo despetarle cuando tenía que tomar alimento, la ampliopía se pronunció hasta el extremo de convertirse en amaurosis, la afasia persistió bajo la forma de balbuceo intermitente, el estreñimiento, ó más bien la retención rectal, se hizo permanente, exigiendo la constante admistración de laxantes, la hemicránea no reapareció y los períodos de vigilia duraban solo el tiempo que persistían las incitaciones acústicas.

A pesar de la excesiva sobrealimentación de leche, huevos, pescados y purés á que estaba sometido el paciente y que era tolerada perfectamente, sin la protesta del vómito habitual existente antes de mi intervención, me sorprendía y llamaba poderosamente la atención el hecho significativo de en vez del natural aumento de peso, nutrición y vigor muscular que debía esperarse, se comprobaba al contrario un decaimiento orgánico general considerable y una mengua ostensible de la nutrición y de la energía somática, como si existiera una atresia intestinal.

En tales condiciones y sin haber logrado la desaparición completa de la somnolencia, amaurosis y afasia, sobrevino el 9 de noviembre por la noche un ataque congestivo cerebral de forma comatosa, más intenso todavía que el anterior y tan grave, que casi revestía todas las apariencias de una apoplegía cerebral.

Cuantos remedios aconsejados por la ciencia en estos casos se emplearon y aplicaron fueron inútiles, porque el enfermo dejó de existir al día siguiente, ó sea el 10 de noviembre, á las once de la mañana.

Despnés de varias consideraciones para explicar su diagnóstico diferencial de este caso, dice el Dr. Ots :

«Vemos, pnes, que dadas las nociones fisiopatológicas actuales, no cabe incluir esta hemicránea dentro de la sintomatología de las neoplasias cerebrales, entre las cuales parece lógico y natural que debía filiarse, sobre todo teniendo en cuenta sus dos condicionales de continuidad y mortalidad, difícilmente hermanables con la naturaleza neurósica antes indicada ; pero á ella nos lleva por fuerza el diagnóstico por exclusión y antes que llamarla hemicránea desconocida, prefiero denominarla histérica.

Dado este diagnóstico, ¿podemos explicar la defunción ocurrida? Creo que dentro de los límites patológicos de la hemicránea histérica es de todo punto imposible solucionar por la afirmativa el problema que entraña esta pregunta ; mas no vacilo en consignar, que la medicación empleada durante los dos y medio meses primeros, y las manifestaciones comprobadas en el último mes, pueden darnos la clave necesaria, para conseguir la contestación aclaratoria.

Háse visto que este enfermo tenía una demacración pronunciada, un estreñimiento persistente y que la alimentación reparadora, en vez de aumentar las fuerzas orgánicas, las disminuía visiblemente.

Por otro lado, nos enseña la toxicología clínica, que en las intoxicaciones crónicas de los opiáceos, y sobre todo de la morfina, existe una demacración general extraordinaria, hasta el punto de desaparecer por completo el tejido celular subcutáneo, y una perturbación de las funciones digestivas, entre las cuales descuella el estreñimiento producido por las propiedades anexosmóticas de este alcaloide.

Anótese, además, la estrecha relación y simpatía que existe entre las funciones gástricas y la circulación cerebral y principalmente la facilidad extrema con que el estreñimiento determina fluxiones congestivas cerebrales en neurópatas y psicópatas, y no necesitamos más premisas para poder explicar razonadamente cómo sobrevinieron las congestiones cerebrales y cómo la última produjo la muerte.

La clínica terapéutica nos enseña que en los histéricos se registra con frecuencia una intolerancia exagerada por determinados medicamentos, y sobre todo por los opiáceos y sus derivados. Podría invocar varios casos de mi práctica particular y manicomial confirmativos de este aserto.

Existiendo en estos neurósicos esta intolerancia, no es aventurado ni hipotético el suponer que este enfermo la tuviera, y ella fuese la culpable de la intoxicación crónica producida por las profusas inyecciones de morfina que se le administraron. La misma intolerancia comprobada con la aconitina, casi viene á corroborar esta suposición.

Admitida, pues, la intoxicación crónica morfínica, de la cual existían pruebas fehacientes, y con ella el estreñimiento consecutivo á la disminución de la función endosmótica intestinal, propia de este alcaloide, contamos con la explicación aceptable de la determinación de las fluxiones congestivas cerebrales, á las cuales por su organización neurósica se encontraba predispuesto este enfermo y por la perturbación gastro intestinal más abocado á ellas. Si ahora tenemos en cuenta la extenuación general orgánica á que llegó el paciente, no reparada ni por un momento, sino que muy al contrario, acentuada más de un día para otro, se comprenderá que en tales condiciones desfavorables, la congestión cerebral había de revestir gravedad extraordinaria, hasta el punto de hacerla mortar.

Quédanos por explicar la continuidad de la hemicránea, no conforme con la intermitencia paroxística de las que no son dependientes de una neoplasia ó lesión permanente encefálica. Difícil encuentro la interpretación de esta mortalidad; sin embargo, acaso de esta constancia y tenacidad, que alterna algunas veces con la versatilidad patognomónica de las manifestaciones neurósicas, se encuentre una justificación de la continuidad del fenómeno dinamogénico, más aceptable todavía teniendo en cuenta la poca resistencia vital del paciente, condicional apropiada para la persistencia y prevalecimiento de la manifestación neurálgica».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADÉMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 10 *de Junio de* 1902.

Bebidas espirituosas, licores, aperitivos y sus esencias y productos componentes más peligrosos. — El Dr. *J. V. Laborde* leyó un informe á nombre de la Comisión del alcoholismo, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª Admitir como plenamente justificada por su acción nociva y por los peligros inherentes á su consumo público, las bebidas espirituosas, licores, aperitivos, sus esencias y productos de composición;

2.ª Extender á estas bebidas, licores, aperitivos, esencias y productos componentes, la aplicación de las disposiciones legislativas existentes, en lo que se refiere á la prohibición de la fabricación, de la circulación, del anuncio y de la venta de dichas bebidas, licores, aperitivos, esencias y productos que los componen;

3.ª Comunicar al Gobierno en forma de proposición de voto este informe y sus conclusiones.

Nuevo procedimiento de anestesia general por el cloruro de etilo. Investigaciones experimentales y clínicas.—Los Dres. A. Malherbe y J. Roubinovitch: El procedimiento nuevo de anestesia general por el cloruro de etilo, fué objeto de una comunicación en el último Congreso de Cirugía.

Hemos coleccionado 700 observaciones de narcosis por este procedimiento, practicado en enfermos cuya edad era de dos meses á sesenta años. Aunque este número es todavía insuficiente para poder hacer una afirmación concreta, sin embargo, los resultados obtenidos ya son de tal índole, que permiten tomar en consideración este nuevo procedimiento de anestesia.

Desde 1898, á cuya fecha se remontan los primeros ensayos de anestesia general con el cloruro de etilo, algunos cirujanos han ensayado utilizar esta anestesia, pero su uso no se ha vulgarizado mucho. Débese esto á que la técnica empleada para su administración está expuesta á las críticas siguientes:

Se han empleado hasta ahora caretas más ó menos análogas á las que se usan para las inhalaciones de protóxido de ázoe.

Estos diferentes aparatos no son prácticos y con ellos el sueño tarda mucho en obtenerse y con un gasto excesivo y completamente inútil de líquidos, sin contar que dichas caretas son frágiles y sucias, porque no pueden dejarse asépticas. Tienen además el gran inconveniente de tapar toda la cara y son incompatibles con ciertas operaciones que se practican en esta región.

Con el fin de remediar estos diversos inconvenientes, hemos experimentado, desde hace casi dos años, un nuevo modo de administración del cloruro de etilo que hemos llamado *procedimiento de la compresa.*

Basta, en efecto, una simple compresa plegada en cuatro dobleces ó un pañuelo.

La compresa se coloca en la cara palmar de la mano derecha, muy ahuecada, para evitar que haya una superficie extensa de evaporación; se dirige á esta compresa el chorro de dos ó tres tubos ordinarios de cloruro de etilo, de los que sirven para la anestesia local, ó mejor todavía, el de un tubo automático construído para este objeto.

Según la edad y el grado de anestesia que se desea obtener, se proyectan de 2 á 4 cent. cúb. de líquido, que gracias á la forma dada á la compresa, apenas tiende á evaporarse.

Sin perder entonces tiempo, se aplica la compresa en la forma que tiene y cubierta por la cara palmar de la mano, sobre la nariz y la boca del enfermo, invitándole á hacer inspiraciones profundas. Con la mano izquierda se sostienen la cabeza y la mandíbula inferior.

Es de necesidad absoluta impedir respirar aire.

Cuando los enfermos hacen grandes inspiraciones, ó cuando se trata de niños que gritan, la sideración se obtiene con rapidez extraordinaria: diez á quince segundos.

Pero se tropieza también con ciertos enfermos en los que en cuanto se aplica la compresa retienen su respiración voluntariamente ó por temor; basta en estos casos levantar un poco la compresa y después aplicarla de nuevo para que hagan al punto una inspiración profunda seguida de otras inspiraciones regulares, y, en veinte á veinticinco segundos, la anestesia es completa, sin que sea necesario emplear de nuevo más líquido.

Si la operación es algo larga, para prolongar el sueño vertemos de nuevo en la compresa, de igual modo que la primera, más cantidad de cloruro de etilo y hasta otra tercera y cuarta vez si es necesario. Es preciso administrar nuevas dosis de anestésico antes de que despierte el enfermo. Separando así las dosis, se administran cuando más 15 cent. cúb., se alarga el tiempo para practicar un gran número de pequeñas operaciones que pueden durar de quince á veinte minutos.

Cuando se trata, por el contrario, de operaciones que deben durar cierto tiempo, en cuanto el enfermo se halla en resolución, sustituímos la compresa de cloruro por otra, empapada en cloroformo, y la aplicamos sobre la nariz y la boca del paciente, sin dejarle respirar aire. Continuamos la anestesia con el cloroformo por el procedimiento de las dosis pequeñas, sin aire.

El efecto de este anestésico se sustituye, en estas condiciones, sin reacción apreciable del enfermo, al efecto del cloruro de etilo.

En lo que se refiere á la anestesia por el cloruro de etilo, la agitación falta muchas veces ó se reduce á unos cuantos movimientos de defensa que duran poco tiempo.

Esta agitación se observa de preferencia en los nerviosos y en los alcohólicos.

Los signos que permiten conocer la anestesia completa, son poco acentuados. Esta se caracteriza: 1.°, por la *resolución muscular*, que no va precedida de un período de contractura verdadera; 2.°, por el *ritmo respiratorio*, que es *regular*, y va acompañado en ciertos casos de un ronquido ligero; 3.°, la mano que cubre la compresa, nota la *sensación de una evaporación fría*, que expul-

sada con el aire espirado, pasa entre los espacios digitales. Estos tres signos son patognomónicos de la anestesia completa.

El sueño obtenido en pocos instantes va acompañado de resolución muscular general, algunas veces de inyección ligera de la cara, sin llegar jamás á la cianosis, de estrechez de la pupila seguida de midriasis, de movimientos convulsivos hacia arriba de los globos oculares, de insensibilidad de la conjuntiva, de pérdida de la inteligencia, en ciertos casos de relajación del esfínter vesical. Durante este estado, que recuerda casi en absoluto el último período de la embriaguez alcohólica, se observa primero aceleración de los movimientos respiratorios, que se hacen después más lentos, convirtiéndose algunas veces la respiración en estertorosa.

En resumen, pérdida del conocimiento, de la sensibilidad y del movimiento, tales son los caracteres del sueño obtenido en poco tiempo con el cloruro de etilo. Sin embargo, todos estos fenómenos son efímeros y desaparecen con la misma rapidez que se producen, sin dejar huella alguna, ni desde el punto de vista intelectual ni desde el motor ó sensitivo, al contrario de lo que suele ocurrir con el bromuro de etilo.

El enfermo recobra por completo su memoria ; sin embargo, el recuerdo de la intervención quirúrgica y de todo lo pasado durante su sueño, ha desaparecido por completo. Todos los enfermos interrogados, inmediatamente después de despertar, sobre su nombre, edad, fecha de nacimiento, profesión propia ó de sus padres, etc., han respondido siempre sin vacilar y con exactitud. Todos parecían sorprendidos de haber sido operados, y confesaban no haber sentido lo más mínimo. En los niños afectados de neuropatía, personal ó hereditaria, se observan al despertar algunos fenómenos anormales. Estos hechos permiten comparar la anestesia por el cloruro de etilo á una especie de *embriaguez comatosa efímera*.

En 24 casos hemos estudiado con el esfigmomanómetro del profesor Polañi la tensión arterial antes del empleo del cloruro de etilo, durante el sueño obtenido con este anestésico y al despertar. En 16 de ellos hemos anotado á la vez el número de pulsaciones.

Respecto á la tensión arterial, existe un fenómeno, al parecer, constante ; el cloruro de etilo disminuye la tensión de un modo franco ; la disminución persiste mientras dura el sueño ; al despertar, la tensión recobra con rapidez su grado primitivo.

El número de pulsaciones arteriales sigue, en general, con exactitud las modificaciones que sobrevienen en el grado de la tensión arterial ; disminuye durante el sueño, aumenta y vuelve al número primitivo al despertar.

Es probable que en esta anestesia no se limite todo á los síntomas esfigmomanométricos, circulatorios, respiratorios y nerviosos que hemos descrito. A pesar del poquísimo tiempo que dura la anestesia, las células hepáticas y renales participan, al parecer, al menos en ciertos casos, de la intoxicación efímera por el cloruro de etilo. Esta participación del hígado se reveló en dos casos por la formación en la orina, recogida poco después de despertar el enfermo, y tratadas por el ácido nítrico, de un círculo intenso de pigmento biliar, mientras que la orina del mismo individuo recogida antes de administrarse el anestésico, nada de anormal presentó.

En otros tres casos, la orina, completamente normal antes de la adminis-

tración del cloruro de etilo contenía, al despertar, indicios indudables de albúmina, lo que indicaba hallarse afectado el riñón. El análisis de la orina practicado los días siguientes en estos diversos casos, dieron resultados negativos, lo mismo respecto al pigmento biliar que á la albúmina. La participación fugaz del hígado y del riñón, se debe indudablemente á la presencia del cloruro de etilo en el organismo.

Si se tiene la precaución de anestesiar á los enfermos en ayunas, no hay vómitos de alimentos. Hemos observado, además, la falta completa de salivación, de lagrimeo, en una palabra, de las secreciones glandulares que provocan los vapores bromurados.

En la anestesia mixta, el sueño se obtiene con más facilidad, y los trastornos gástricos son al parecer menos frecuentes que después de la anestesia clorofórmica sola.

Lo que acabamos de decir demuestra que, gracias á las grandes ventajas del cloruro de etilo, este anestésico será de gran utilidad para el práctico en la mayor parte de las intervenciones dolorosas de poca importancia. Su empleo está indicado cuando se trata de un examen difícil en individuos muy impresionables ó en niños rebeldes, en la reducción de las luxaciones, de las fracturas, en los partos.

El cloruro de etilo en la anestesia mixta, evita los peligros siempre grandes de un síncope mortal al principio de la cloroformización.

Además, hace ganar mucho tiempo, evitando el período, á veces largo, que precede á la anestesia clorofórmica.

Por último, la cantidad de cloroformo absorbida por el enfermo, se reduce en grandes proporciones, y de aquí el colapso menos considerable y los trastornos gástricos menos acentuados, á causa de este género de anestesia.

Desempeña mejor que el bromuro de etilo este papel, porque carece de los inconvenientes de dicho anestésico.

Al contrario que el bromuro, no determina congestión de la cara, y mucho menos cianosis. Tampoco origina el olor aliáceo particular del aliento, que se observa durante cuarenta y ocho horas cuando se administra el bromuro.

El cloruro de etilo, aunque tiene grandes analogías con el bromuro, es superior á éste, por lo que le empleamos de preferencia.

Esta opinión es tanto más fundada, cuanto que después de haber utilizado durante muchos años el bromuro de etilo (en unas 4000 anestesias), no hemos tardado en renunciar á su empleo, en vista de las ventajas indiscutibles del cloruro de etilo.

Diremos para terminar, que lo que caracteriza la anestesia con el cloruro de etilo por este procedimiento, es :

La *sencillez*, porque sin aparatos especiales más ó menos engorrosos y sucios, basta una simple compresa y algunos tubos de cloruro de etilo para provocar una anestesia que permite practicar un gran número de intervencoines de corta duración.

La *inocuidad absoluta* á causa de la cantidad verdaderamente mínima de líquido necesario para esta anestesia, porque bastan 2 á 3 cent. cúb.

Por último, la *rapidez* con que se obtiene una anestesia que permite practicar las operaciones más dolorosas.—(*Le Bull. Médical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 18 *de Junio de* 1902.

Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea. — El Dr. *Ricard* refirió dos casos de perforación intestinal ocurridos durante la fiebre tifoidea, tratados con éxito completo por la intervención quirúrgica. Uno de estos casos fué observado por el Dr. Hagopoff (de Constantinopla); la perforación sobrevino á los veinte días, tenía el tamaño de una lenteja y estaba localizada á 20 centímetros de la válvula íleocecal. Sutura, curación. El segundo caso lo observó el Dr. Ricard. En un asa de intestino delgado había una superficie ulcerada, del tamaño de una moneda de 50 céntimos, provista de un borde grueso de falsas membranas, y cuyo fondo, sembrado de granulaciones, indicaba una ulceración en vías de cicatrizar. En este caso se practicó la sutura también con éxito feliz.

Inversión de la vejiga.—El Dr. *Picqué*, respondiendo á las objeciones hechas en la sesión anterior por el Dr. Guinard, dijo que la patogenia de la inversión vesical no es tan fácil de interpretar como cree éste. No es posible admitir siempre que sea consecuencia fatal de la resección de la uretra en la mujer, porque ha practicado muchas veces esta operación y, como el Dr. Bazy, jamás ha observado inversión vesical.

Quistes hidatídicos del riñón.— El Dr. *G. Marchant* refirió un caso de quiste hidatídico del riñón operado recientemente. El tumor, fluctuante, ocupaba el vacío derecho; como no había peloteo renal ni sonido claro delante del tumor, ni trastornos ordinarios, y como, por otra parte, era fácil reducir el tumor en la caja torácica, el Dr. Marchant sospechó más la existencia de un quiste del bazo. Sin embargo, la operación demostró que se trataba de un quiste hidatídico del riñón implantado en el polo superior del órgano. Punción que dió salida á un litro de agua clara, extracción de la membrana germinativa, resección de la adventicia, sutura con capitonado, oclusión del abdomen. El enfermo, operado hace dos días, se encuentra bien.

Oclusiones intestinales. — El Dr. *Quénu* manifestó que á causa de la observación referida por el Dr. Terrier en la sesión del 22 de abril último, ha hecho investigaciones sobre la patogenia de dichas estrecheces. Cree que los accidentes, agudos ó crónicos, de oclusión en el ángulo cólico izquierdo dependen no del obstáculo, problemático y no demostrado, constituído por la existencia de este ángulo, sino de la dificultad que opone á la circulación intra-intestinal del intestino grueso una peritonitis antigua que ha modificado de una parte la musculatura intestinal y que ha conducido de otra á la aglutinación de asas ó á la formación de bridas anchas ó pequeñas, que bastan para trastornar sus funciones y para producir retenciones pasajeras de gases y de excrementos. La observación referida por el Dr. Legueu después de la del doctor Terrier, y otra observada por el Dr. Quénu, prueban que estas pequeñas bridas antiguas que rodean el colon transverso, son susceptibles, en ciertas condiciones, de ocasionar de repente la oclusión completa. Las consecuencias terapéuticas que se deducen de tales hechos son sencillísimas; en los casos de oclusión de este género, se procurará, ante todo, librar el intestino de las

pequeñas bridas precólicas. Si no se consigue por completo, es necesario recurrir al procedimiento ingenioso del Dr. Terrier: anastomosar lateralmente el colon transverso y el descendente.

Interposición muscular en el tratamiento de las anquilosis óseas. — El doctor *Nélaton* dijo que el tratamiento de las anquilosis de las articulaciones suele ser muy difícil, y el restablecimiento de las funciones de la articulación no se obtiene siempre por la osteotomía ó por la resección. Un método que parece eficaz en estos casos consiste en interponer una tira muscular entre las extremidades óseas seccionadas previamente. Ha empleado con éxito este procedimiento en dos casos de anquilosis de la cadera consecutiva al reumatismo articular: una mujer de treinta y tres años y un hombre de veinte. En ambos casos, la tira muscular interpuesta, ancha de dos traveses de dedo y de 12 centímetros de longitud, se cortó del músculo tensor de la fascia lata. En el segundo caso, el éxito no fué brillante á causa de un accidente operatorio, causado por un aparato extensor que se aplicó mal. A la objeción que podría hacerse de que la osteotomía sola, con excisión de una ancha tira ósea en el sitio de reunión del femur con la pelvis, hubiera sido quizá suficiente para asegurar el mismo resultado, respondió el Dr. Nélaton diciendo que ha practicado en varios casos esta osteotomía, y sin embargo, la anquilosis se reprodujo á las pocas semanas ó meses. En los dos casos precitados, y que se remontan uno á dos años y otro á seis meses, la movilidad de la articulación no ha disminuído. El Dr. Nélaton cree que la interposición muscular es el medio más eficaz de que disponemos para combatir la anquilosis ósea de una articulación.

Coxa vara de la adolescencia. — El Dr. *Kirmisson* leyó un informe sobre una observación de este género remitida por el Dr. Coville (de Orleans). Se trata de un joven de diez y seis años afectado de coxa vara, cuyo origen se remontaba á un traumatismo sufrido cuatro años antes. En aquella época el niño sufrió la caída de un carruaje; se levantó sin mal aparente y siguió bien durante algún tiempo, pero poco á poco principió á cojear, y la cojera fué aumentando progresivamente. Cuando el Dr. Coville vió al enfermo, descubrió con la mayor facilidad un coxa vara. ¿Cuál es la causa de esta deformidad? El Dr. Coville, fundándose en la existencia de la anquilosis, cree que hubo artritis de la cadera, artritis que se desarrolló de una manera lenta é insidiosa. El Dr. Kirmisson, por el contrario, apoyándose en el examen atento de la radiografía, cree que hubo desprendimiento epifisario, y para él, es indudable que este desprendimiento de la extremidad superior del femur y la consolidación viciosa consecutiva, son el origen de la deformación observada. Esta deformación, como todas, puede ser primitiva ó secundaria, sintomática de otra lesión. Respecto al tratamiento, sólo hay uno aplicable: puesto que existe la articulación coxofemoral se impone la osteotomía subtrocanteriana seguida del empleo metódico de la extensión continua.

Perforación de la vagina y del seno de Douglas en una tentativa de aborto. — El Dr. *Weiss* refirió el caso de una joven á la que durante una tentativa de aborto en el tercer mes del embarazo, se la perforó el fondo de saco vaginal posterior con una sonda de Doléris; cierta cantidad de licor de Van Swieten que existía en dicha sonda, penetró en el seno de Douglas. Las lesiones no se descubrieron hasta cuarenta y ocho horas después, al practicar la laparotomía que hacía necesaria la peritonitis incipiente. El útero estaba sano; el doctor

Weiss se limitó á hacer el desagüe por el hipogastrio y la vagina. La enferma curó, á pesar de haber abortado al día siguiente de operada. El Dr. Weiss preguntó si en tales casos sería mejor interrumpir de intento el embarazo, dando la preferencia al raspado digital, que constituye un traumatismo infinitamente menos grave que la histerectomía abdominal.

Excisión de la mucosa rectal por hemorroides.—El Dr. *Delorme* presentó un enfermo al que había practicado esta operación hace ocho meses. El resultado ha sido excelente; la cicatriz es insensible, la defecación fácil, como en estado normal, y los gases pueden ser retenidos. Es una operación excelente cuando se la practica con las precauciones necesarias.

Extirpación de la próstata hipertrofiada y de cálculos por la vía perineal.—El Dr. *Bazy* presentó estos ejemplares anatómicos extirpados á un hombre de sesenta años. El lóbulo derecho de la próstata fué extirpado en un solo trozo; el segundo, muy friable, se redujo á fragmentos. Las dimensiones de los cálculos extraídos eran las de una avellana á una castaña. La operación se practicó en este caso á causa de las hemorragias abundantes que sobrevenían sin motivo alguno, de la existencia y la facilidad de la recidiva de los cálculos, y por último, de los dolores causados por el cateterismo.

(*La Presse medicale*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 11 *de Junio de* 1902.

Albuminuria de origen rinofaríngeo, curada por la ducha de Weber.—El Doctor P. Gallois: He observado algunos casos de este género, los que conseguí curar en poco tiempo á beneficio de la ducha de Weber. Estos casos prueban que antes de afirmar la naturaleza esencial de una albuminuria conviene examinar las fauces por si existe una rinofaringitis capaz de ocasionarla, y además que la infección de origen rinofaríngeo es ligera y provoca lesiones poco importantes del riñón, porque la albuminuria que ocasiona cura con rapidez empleando un tratamiento apropiado.

Tratamiento de la coqueluche por el yoduro de etilo.—El Dr. C. Amat: Por consejo del Dr. Bardet, y teniendo en cuenta los buenos efectos del yoduro de etilo en el asma, afección que tanto se asemeja á la coqueluche, empleé en ésta dicho medicamento en inhalaciones, aplicando á la nariz del enfermo, al presentarse el acceso de tos, un frasco de boca ancha lleno de yoduro de etilo. A la segunda vez de emplear así el medicamento observé disminución en la frecuencia é intensidad de la tos, los accesos se hicieron más raros y las secreciones bronquiales más flúidas. A los ocho días, enfermos que habían tenido 36 y 40 accesos de tos por día, sólo tenían seis y benignos.

Ulmarina; nueva preparación salicilada.—Los Dres. Bardet y Chevalier: Este producto salicílico, descubierto por Bours, está destinado á sustituir al salicilato de metilo, cuyo olor repugna á bastantes enfermos. La ulmarina, mezcla de éteres salicílicos y de alcoholes de peso atómico elevado, contiene 75 por 100 de ácido salicílico y es un líquido de color amarillo rosado

y de olor aromático. Los experimentos en los animales prueban que carece casi en absoluto de propiedades tóxicas. Se ha empleado en el reumatismo y en el lumbago. Es bien tolerado por la piel, y á la dosis de 4 á 16 gramos, produce los mismos efectos que el salicilato de metilo. Su acción analgésica es notable. Puede emplearse por la vía gástrica, aun á dosis de cinco gramos, sin que sobrevenga efecto nocivo alguno.—CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 19 *de Junio de* 1902.

Nefritis y eclampsia.—El Dr. PORAK: Como la eclampsia puede ser debida á una lesión renal antigua, se comprende que en ciertos casos haya grandes dudas respecto al tratamiento que conviene emplear. Las piezas anatómicas que presento proceden de una mujer eclámpsica muerta en mi clínica, á pesar del tratamiento ordinario (sangría de 500 gramos, inyección intravenosa de un litro de suero). A la autopsia encontré lesiones hepáticas y renales, y edema pulmonar. Como esta mujer no orinó bajo la influencia del suero inyectado á grandes dosis, me pregunto si dicha terapeútica será más perjudicial que útil.

El Dr. BAR: Creo que la oliguria no es un buen elemento de pronóstico en la eclampsia. A mi juicio, tiene más interés la cualidad de la orina; si hay metamoglobinuria el pronóstico es siempre funesto.

Niño con deformaciones múltiples de los miembros.—El Dr. CHAVANE: Se trata del hijo de una de mis clientas, la que durante su embarazo presentó trastornos articulares con edema, sobre todo, en las articulaciones. Esta criatura extraída por medio del forceps, tiene deformaciones múltiples de los miembros: antebrazo en pronación forzada, subluxación de la muñeca, retracción de los músculos de la eminencia tenar, del pectoral mayor, subluxación de la cadera, pié zambo, etc. Creo, que estas deformaciones pueden atribuirse á una afección congénita de origen medular, por ejemplo, la esclerosis de los hacecillos anterolaterales. Me pregunto, por último, si estas deformaciones del niño estarán en relación con la enfermedad articular que la madre padeció durante el embarazo.

Patogenia de los tumores sacrocoxígeos.—El Dr. VÉRON: Hemos tenido ocasión de operar recientemente en la Maternidad de Rennes, un tumor sacrococxígeo voluminoso. Pesaba 335 gramos. El recién nacido, que padecía este tumor, presentaba una suspensión de desarrollo del esqueleto bastante rara en la especie; no existía ni el sacro, ni el coxis.

Las consecuencias operatorias fueron satisfactorias en alto grado; el niño curó perfectamente.

El examen histológico de la pieza anatómica demostró que se trataba en este caso, de un tumor poliquístico de tejidos múltiples; conjuntivo, muscular liso, cartilaginoso, glandular y vascular acompañado todo de producciones biliosas múltiples. El epitelio intraquístico es poliformo con predominio del epitelio cilíndrico vibratil.

Hemos revisado las numerosas teorías emitidas sobre la patogenia de los tumores congénitos de las nalgas; de ellas tres deben al parecer tenerse hoy muy en cuenta:

1.ª La diplogenesis por inclusión fetal.

2.ª El enclavamiento de las diversas hojillas del blastodermo.

3.ª La partenogesis.

La diplogenesis por inclusión fetal, á la que Calbet atribuye exclusivamente todos los tumores sacrocoxígeos ¿puede explicar el desarrollo del tumor especial cuyos cortes histológicos presento?

Calbet, en casos análogos, tumores de tejido epitelial cilíndrico, muscular liso y glandular con vellosidades, admite la existencia de restos intestinales.

¿Cómo, si se admite esta hipótesis se explica la presentación del tejido cartilaginoso descubierto por el microscopio en el tumor en cuestión?

Los caracteres histológicos particulares de nuestro tumor son más bien favorables á la idea en una inclusión blastodérmica, ó de una partenogenesis, opinion más conforme con la de Cornil y Ranvier.

Estercoremia y embarazo.—El Dr. Budin: La observación se refiere á una primípara de treinta y dos años cifoescoliósica que ingresó en la Clínica de Tarnier el 10 de noviembre último, con síntomas gravísimos cuya etiología pareció al principio obscura.

Esta mujer estaba cianósica; tenía disnea intensa; era imposible palpar su vientre que era duro, tenso, brillante, como barnizado; la auscultación fué negativa.

El diagnóstico quedó en suspenso durante algún tiempo entre el hidramnios de marcha rápida, y la acumulación de heces intestinales, pero fué confirmada por la evacuación violenta de excrementos. Inmediatamente después de esta evacuación, la enferma principió á mejorar; el vientre se puso blando; los ruidos del corazón fetal se hicieron perceptibles.

Extirpación de un quiste del ovario de pedículo torcido en una mujer embarazada; continuación del embarazo.—El Dr. Bar: Se trata de una mujer embarazada que padecía quiste del ovario en la que tuve necesidad de intervenir de urgencia á causa de la gravedad de los accidentes que sobrevinieron. Encontré un quiste del ovario, en la pared del cual había una placa en vías de esfacelo. El pedículo de este quiste, que contenía vasos muy voluminosos, estaba torcido.

Paso del alcohol en el líquido amniótico.—El Dr. Nidoux: He demostrado por investigaciones anteriores que el alcohol pasa al líquido amniótico. Gracias á mi procedimiento muy sensible de dosificación del alcohol, he podido descubrir este tóxico en la sangre materna y fetal y en el líquido amniótico. Estas experiencias me permiten desechar la hipótesis del paso por el intermedio del riñón del feto.—(*Le Bulletin Medical*).—F. Toledo.

REAL ACADEMIA MÉDICA DE ROMA

Sesión del día 25 de Mayo de 1902.

Anomalía de desarrollo del ano curada con un procedimiento operatorio. — El Dr. F. Durante: Se presentó en la Clínica quirúrgica de Roma una mujer que, además del prolapso uterino con útero bicorne, tenía ectopia de la abertura anal. El ano, provisto de un esfínter externo normal, se habría hacia la parte media de la vagina. Por medio de un procedimiento operatorio, transporté la abertura anal á su posición fisiológica, curando la enferma por completo.

Avance capsular incruento en la cura del estrabismo. — El Dr. *A. Fortunati*, dijo que todos los procedimientos empleados para corregir esta deformidad, tienen el inconveniente de producir un resultado transitorio las más de las veces, casi nunca un efecto estable. El avance capsular incruento, que ha empleado con éxito en 40 casos, carece de este inconveniente.

Sobre la doctrina de la degeneración grasa.—El Dr. *E. Cavazza* expuso los resultados de sus investigaciones sobre este asunto. Provocó la degeneración grasa por medio de la intoxicación con el fósforo. Como substancia colorante empleó el Sudan III, que tiene la propiedad de teñir tanto las grasas ácidas como las neutras y los jabones. Deduce de sus investigaciones que en la intoxicación por el fósforo, la grasa que existe en los elementos de los órganos degenerados, es de origen esógeno á los mismos elementos, los cuales proceden de la grasa preexistente en el organismo. Sus observaciones le permiten admitir la transformación de la albúmina en grasa, aun en estado fisiológico, por más que esta doctrina carece por ahora de demostración exacta. La grasa de la leche no es un producto de transformación ni de las substancias protéicas de los elementos celulares de la glándula mamaria, ni de las que se introducen como alimentos, sino que provienen de la grasa de los alimentos ó de los hidratos de carbono, que dan indudablemente origen á la grasa. Durante el ayuno ó de una alimentación exclusivamente albuminóidea, la grasa procede de los depósitos del cuerpo.

Cambios microquímicos de los espermatozoos en la fecundación. — El doctor *G. Magini* leyó un trabajo sobre este asunto. En cuanto los espermatozoos penetran en el vitelo, experimentan cambios moleculares completos en su protoplasma ó en la substancia cromática. Estos cambios no consisten siempre y únicamente en una afinidad que los espermatozoos que han penetrado en el huevo adquieren por las materias colorantes, sino que son completos y de índole química. Estos cambios son apreciables por medio de las múltiples substancias colorantes que pueden dividirse en tres categorías: *a*) colorantes que tiñen sólo los espermatozoos intravitelinos; *b*) colorantes que tiñen únicamente los espermatozoos libres; y *c*) colorantes que tiñen por igual los espermatozoos libres y los intravitelinos. De estas substancias colorantes algunas obran con los ácidos, otras con las bases, y mientras que los espermatozoos intravitelinos reaccionan con las substancias colorantes, tanto de reacción ácida como básica, los libres reaccionan sólo con los de función ácida.

Sobre un nuevo modo de comportarse los pronúcleos masculino y femenino en la fecundación del «A. megalocephala». — El Dr. *G. Magini* dijo que examinando minuciosamente el modo de comportarse los dos pronúcleos masculino y femenino en la fecundación del *A. megalocephala*, ha podido observar una manera, hasta ahora no descrita, la cual es capaz de difundir alguna luz sobre el problema de las variaciones de los caracteres hereditarios. Dicho modo consiste en que los dos pronúcleos no se ponen en contacto, sino que permanecen separados y el vitelo principia á presentar los signos de esclerosis, y concluye por dividirse en dos mitades iguales, cada una de las cuales contiene un pronúcleo, formando la primera dos esferas de segmentación, de las cuales una contiene el pronúcleo con substancia nuclear exclusivamente paterna, y otra un pronúcleo con substancia nuclear exclusivamente materna. Después, mientras que una de dichas esferas permanece en reposo, lo mismo que el pronúcleo en ella contenido, la otra principia á presentar los fenómenos de una carioquinesis ordinaria. Según estas condiciones, es fácil comprender cuál será el término de desarrollo de las células ováricas análogas. Manteniéndose independientes los materiales de los núcleos sexuales en las divisiones sucesivas de las células embrionarias, se concluirá por tener un descendiente en el cual ciertos tejidos, y por lo tanto ciertos órganos, serán de origen sexual exclusivamente paterno, otros de origen sexual exclusivamente materno. Así puede explicarse algunas de las variedades principales que presentan los descendientes, respecto á los caracteres hereditarios de los padres, sean mixtos ó de predominio paterno ó materno.

La orina en la corea de Sydenham. — El Dr. *F. de Marchis* dijo que en la corea de Sydenham la orina presenta los caracteres siguientes:

a) La cantidad diaria se halla disminuída, y el peso específico relativamente elevado;

b) El grado de acidez total está aumentado;

c) La cantidad de azoe total permanece inmutable, pero la proporción eliminada como urea en los días de enfermedad es mayor que la que se elimina después de la curación; por consiguiente, en el período de enfermedad disminuye la eliminación del azoe no uréico;

d) La eliminación del ácido úrico está aumentada;

e) La eliminación del cloro se halla disminuída;

f) Los fosfatos están aumentados;

g) El ácido sulfúrico total y conjugado no presenta variación alguna.

(*Il Policlinico*).—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 9 *de Mayo de* 1902.

Lipomatosis congénita y regional.—El Dr. Hans Lorenz: Aquí presento un cerrajero, de cuarenta y nueve años, que tiene la extremidad superior derecha muy aumentada en sus dimensiones y al mismo tiempo deformada. Dicho aumento de volumen está limitado hacia arriba por la clavícula y la espina

del omoplato; en el hombro, el abultamiento corresponde al músculo infraespinoso; en el brazo, los surcos intermusculares aparecen muy profundos; en el antebrazo, la hipertrofia, más que á los músculos, parece debida á una masa interpuesta entre ellos; en la mano, sólo está aumentada de volumen la eminencia tenar. Además, existen extensas telangiectasias en la mano, antebrazo, brazo y hombro, las cuales hacen la impresión de que se trata de un tumor benigno.

Hasta los veintidós años, el aumento de volumen del miembro superior derecho era moderado, pero desde entonces se fué acentuando, y desde hace tres años impide todo ejercicio pesado. La palpación hace ver que en el hombro y brazo está muy aumentado el tejido adiposo subcutáneo. En cambio, en el antebrazo, la compresibilidad y fluctuación de las masas hipertróficas y la existencia de telangiectasias, hacía sospechar un tumor de estructura cavernosa, sospecha que no confirmó la punción exploradora.

La movilidad sólo está un poco dificultada en el codo; los huesos no son más largos que en el lado sano; la radiografía no revela ninguna anomalía, y tampoco la hay en la fuerza muscular ni en la sensibilidad.

En los músculos comprendidos en la zona del tumor está disminuída la excitabilidad eléctrica, disminución que v. Frankl Hochwart atribuye á la resistencia que opone la masa neoplásica. En el resto del cuerpo sólo se descubren los signos propios de una escoliosis é indicios de una parálisis progresiva é incipiente.

Diagnosticamos el caso de lipomatosis regional y congénita, y con incisiones exploradoras descubrimos la existencia de tejido adiposo muy laxo en el antebrazo, y en cambio, dicho tejido era muy compacto y resistente en el brazo. Respecto á la escoliosis, es debida al peso del brazo, que ha torcido la dirección de la columna vertebral.

El tratamiento más racional parece ser la extirpación de una gran parte de la masa neoplásica, pero como es operación que exige disecciones muy extensas, y por lo tanto, no está exenta de peligros, no nos resolveremos á practicarla como no lo exija el mismo interesado después de enterarle bien acerca de dichos peligros.

Extracción de una dentadura atascada en el esófago.—El Dr. J. Hansy: Un sujeto de treinta años se tragó una noche una dentadura artificial. Cuando se me presentó, se quejaba de cuando en cuando de peso á nivel del apéndice xifoides, pero podía tragar bastante bien. Tanto el reconocimiento con la sonda como el radioscópico, dieron resultado negativo. Por causas no médicas, fué imposible apelar al examen esofagoscópico. A los pocos días se hizo muy difícil la deglución, que provocaba espasmos, náuseas y vómitos, y sobrevino fiebre con fenómenos bronquíticos, en vista de lo cual se procedió, previa cloroformización ligera, á la operación el 5 de octubre último. Creyendo que la dentadura estaría atascada en la estrechez del esófago, que v. Hacker llama tercera, y teniendo en cuenta que, según este autor, no es posible extraer por la boca un cuerpo extraño cuando está atascado á más de 25 centímetros de la arcada dentaria, se practicó la gastrotomía. Después de incindir el músculo recto izquierdo, sacar el estómago y vaciarlo con un trócar provisto de tubo de desagüe y de embudo, y que funcionó á manera de sifón, se lavó el estómago por dicho tubo, con lo cual se consiguió vaciarlo, al menos en parte.

Previas las precauciones necesarias, se dilató la incisión del estómago, pero aunque con la sonda se llegó al cuerpo extraño, no fué posible extraerlo con las pinzas ni alcanzarlo con el dedo. Entonces se alargó la incisión hasta unos 10 centímetros, con asas de hilo pasadas por sus bordes, se atrajo más hacia afuera, y con la mano y luego con la pinza, se extrajo al fin el cuerpo extraño. Se cerró la incisión gástrica con sutura continua de la mucosa y un gran número de suturas entrecortadas serosomusculares y de Lembert. Desagüe con tiras de gasa y cierre de la herida abdominal con sutura en planos, excepto en el punto correspondiente á dicha tira. Durante algunos días el pulso siguió frecuente y la temperatura elevada, pero no tardó mucho tiempo el operado en restablecerse por completo.

Por donde salía la gasa se sostuvo por muchísimo tiempo una fístula muy fina, por la que salía pus de reacción ácida. Nunca hubo síntomas de peritonitis. El estado del enfermo es bastante bueno en la actualidad, pues sólo ha quedado una cicatriz abdominal ensanchada y prominente que no le origina ninguna molestia.

La extracción de cuerpos extraños del esófago por medio de la gastrotomía se ha practicado varias veces con éxito. Wilms aconseja, para que no se salga el contenido del estómago, el procedimiento siguiente : El dedo introducido á través de una incisión muy pequeña del estómago, se rodea y sujeta con una sutura en bolsa de tabaco hecha en la pared gástrica, y hecho esto, con el mismo dedo se hunde la pared mencionada en el interior de la víscera. Debo también hacer constar las ventajas que en estas operaciones prestan las tenazas ó cepos intestinales de Doyen, las cuales aplican muy bien las paredes del estómago, se manejan perfectamente, se fijan con gran seguridad fuera del vientre, y sobre todo, son muy útiles precisamente en el estómago y cuando no disponemos de muchos ayudantes.

Para utilizar estas ventajas en la gastro-enterostomía, he hecho construir unas tenazas curvas, con las que se puede coger un gran cono de la pared gástrica y aislarlo del resto del órgano. El yeyuno se cierra con dos tenazas rectas de Doyen. Las dos porciones de intestino se mantienen sujetas tranquilamente fuera de la cavidad abdominal ; de este modo casi no hacen falta ayudantes, sobre todo si se han exprimido antes los dos trozos de intestino. Entre la porción estrangulada del estómago y el yeyuno se establece ahora la anastomosis típica. Cuando se practica la gastro-enterostomía posterior, se hace pasar el estómago por una abertura hecha en el mesocolon transverso. La dilatación gástrica que existe casi siempre facilita mucho la formación del cono á expensas de su pared.

El empleo de las tenazas permite también prescindir de la evacuación previa del estómago y del intestino, circunstancia muy ventajosa en los sujetos caquécticos.

Con igual resultado se emplearon las tenazas en una gastrorrafia que se practicó para cerrar una fístula gástrica, y de un modo análogo se procedió en su aplicación para extraer un cuerpo extraño (botón de Murphy). Creo, por lo tanto, que es procedimiento que ha de generalizarse. Hasta ahora se han practicado en el hospital 28 operaciones en el estómago, á saber : 2 gastrotomías, ambas curadas ; 2 gastrorrafias, de ellas una con terminación mortal por peritonitis ; 10 gastrostomías, de las cuales se curaron 4 ; 12 gastro-

enterostomías, de las cuales terminaron por muerte las 7 en que se trataba de un cáncer gástrico, y finalmente, 2 resecciones del píloro con un caso mortal.

El Dr. v. Eiselsberg: Yo también he empleado muchas veces en las operaciones de estómago las tenazas, como lo aconsejan Gussenbauer, Rydygier, Doyen y otros, y encuentro que es muy conveniente la modificación de las tenazas de Doyen que aconseja el Dr. Hansy.

Caso de lepra anestésica combinada con siringomielia. — El Dr. *Gerber* da cuenta de un caso de lepra anestésica combinada con siringomielia.

El Dr. Hermann Schlesinger: El caso presentado por el Dr. Gerber demuestra, en primer lugar, la existencia de casos esporádicos de lepra, que en unión de otros que se han publicado, enseñan que deben existir focos sueltos de dicha enfermedad, lo cual se explica por la variedad de sus síntomas y su posible confusión con otras afecciones, y en especial con la siringomielia, sobre todo si coinciden ambos padecimientos, como sucede en el caso actual. En algunos de estos casos son tan semejantes los síntomas, que aun tratándose de clínicos muy competentes, hacen falta semanas y hasta meses de observación para resolver la dificultad. Se ha llegado, en vista de esto, á afirmar la identidad de la lepra y de la siringomielia, pero la clínica y la anatomía patológica han demostrado que en ningún caso de siringomielia comprobado anatómicamente, existía lepra, y que á su vez, en ningún caso de lepra bien comprobado clínica ni anatómicamente se ha demostrado hasta ahora la existencia indudable de siringomielia.

El caso de Gerber es hasta la fecha el primero de coincidencia bien comprobada de ambas afecciones, y por lo tanto, convendrá investigar si la lepra desempeña papel etiológico en algunos casos de siringomielia. Convendría también dirigir una circular á todos los médicos de la monarquía preguntando si tienen enfermos de siringomielia y qué síntomas presentan. Quizá de ese modo se pudiera poner coto á la difusión de la lepra.

Desde el punto de vista histológico, la siringomielia del caso de Gerber presenta todos los caracteres propios de esta enfermedad. No se han encontrado bacilos en la médula, y por lo tanto, si se quiere conceptuar este caso también como de lepra, hay que admitir que las lesiones de la misma son debidas á la acción de una toxina, hipótesis tanto menos infundada en este caso cuanto que se trataba de un sujeto de más de ochenta años, siendo así que la siringomielia ataca de predilección á individuos jóvenes.

De todos modos, para resolver definitivamente este punto, hacen falta nuevas investigaciones, tanto clínicas como anatomopatológicas, y el asunto lo merece, por su transcendencia para la higiene pública.

El Dr. Lang: El caso del Dr. Gerber, procedente de una comarca no leprosa, y otros parecidos de que tengo noticia, pudieran considerarse como focos que han quedado á manera de resíduos de aquellas épocas en que la lepra estaba extendida por una gran parte de Europa. Respecto á la comprobación clínica de la siringomielia, estoy en un todo de acuerdo con lo dicho por Schlesinger.

El Dr. Neumann: En el caso presentado aquí, y que fué diagnosticado primeramente de siringomielia, había muy pocos síntomas de lepra, pero el examen histológico de un trocito de piel, que verificó el Dr. R. Matzenhauer, comprobó la existencia de bacilos leprosos.

Para investigar la existencia de focos leprosos, hacen falta no comisiones, sino personas que sepan diagnosticar bien la enfermedad.

Respecto á las relaciones que pueda haber entre la lepra anestésica y la siringomielia, es punto que aún está en estudio. Las lesiones patológicas de las manos, y en particular del pulgar, del índice y de las eminencias tenar é hipotenar, la atrofia de los interóseos, la mutilación, el engrosamiento de los nervios y especialmente del radial y del cubital, se observan, lo mismo que otras alteraciones, en ambas enfermedades. Son datos decisivos la existencia, difícil de comprobar muy á menudo, de bacilos leprosos en las manchas, alguna que otra ampolla como de pénfigo, la existencia de úlceras en la planta del pié y en la piel de la rodilla y la hiperqueratosis. Cuando se encuentran estos síntomas y el sujeto procede de comarca leprosa, nadie duda del diagnóstico; si falta, el problema queda tan sin resolver como antes, sobre todo porque la forma anestésica de la lepra no es muy frecuente.

Lo que da más interés al caso actual, es el hecho de haber encontrado cavidades en la médula espinal.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la peritonitis aguda.—Uno de los peligros principales de la peritonitis aguda post operatoria, es el colapso extremo que suele producirse en las primeras horas que siguen á la operación. Teniendo en cuenta los efectos de esta peritonitis sobre la circulación y los resultados tan poco satisfactorios obtenidos hasta ahora por los medicamentos que se emplean, el Dr. H. M. W. Gray recomienda la adrenalina para combatir dicho estado. La contracción vascular que produce, evita entre otras cosas, la absorción de las substancias sépticas del peritoneo y de los intestinos. La disolución ligera del extracto de adrenalina, que es más útil que la disolución salina normal, el medio más eficaz empleado hasta ahora, se usa en irrigaciones. La acción de la adrenalina es fugaz quizá, según la dosis empleada, la cantidad que quede en el abdomen, etc. La irrigación, á ser necesario, puede repetirse por medio de un tubo de desagüe.—(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

El agotamiento de los reflejos tendinosos y la significación diagnóstica de este síntoma en las afecciones nerviosas.—El Dr. W. v. Bechterew, de San Petersburgo, dice haber observado que en los casos de inflamación de la porción inferior de la médula dorsal y de la tumefacción lumbar, cuando se halla en una época en que el proceso está amortiguado, sólo los primeros martillazos provocan el reflejo rotuliano, después se va debilitando este reflejo, y por último, llega á desaparecer por completo. Pasado algún tiempo, se puede despertar de nuevo el reflejo para debilitarse en la misma forma. Según el autor, se observan fenómenos análogos de agotamiento de los reflejos tendinosos en los períodos iniciales de la neuritis múltiple y de la tabes, antes de que tales reflejos lleguen á desaparecer por completo.

(*Neurologisches Centralblatt*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO EXTRAORDINARIO DE RETENCIÓN PLACENTARIA

EXPULSIÓN NATURAL DE LA PLACENTA RETENIDA

POR EL DOCTOR

DON MANUEL COVIÁN Y CAÑEDO

Médico libre en la villa de Colunga (Asturias).

El día 16 de abril del presente año fuí llamado para prestar asistencia facultativa á una mujer, vecina de un pueblo próximo á esta villa. Esta mujer, de treinta y ocho años de edad, multípara, había parido á las siete de la mañana del mismo día; ya eran las cinco de la tarde y no había aún expulsado la placenta.

Cuando llegué al lado de la puérpera, la encontré sumamente abatida y postrada, debido á la profusa hemorragia que había seguido al parto; todavía continuaba en bastante abundancia la salida de sangre, por lo que atendí, ante todo, á llenar la indicación vital de cohibir aquella hemorragia, que ponía en inminente peligro la vida de la enferma. Practiqué una inyección hipodérmica de 30 centígramos de ergotina, se pusieron toallas de agua fría sobre el vientre é inmediatamente hice el taponamiento con gasa yodofórmica impregnada en hazelina. A los diez ó doce minutos había cesado por completo la hemorragia; á las dos horas, y con la cooperación de otro ilustrado comprofesor, procedimos á la extracción de la placenta retenida, no sin realizar antes una rigurosa antisepsia vaginal con una disolución de bicloruro de mercurio al $^1/_2$ por 1000. Introduje la mano previamente aseptizada en la cavidad uterina, siguiendo la dirección del cabo externo del cordón; con la mayor suavidad posible pasé el borde cubital de la mano entre el sitio de inserción de la placenta y la pared interna del útero; así y

todo, se reprodujo la hemorragia con tal intensidad y violencia, que la enferma fué atacada de un síncope. Suspendí en el acto toda intervención operatoria é inyecté 20 centígramos de citrato de cafeína; á los pocos momentos comenzó á manifestarse la beneficiosa acción de este cardiomotor, saliendo la enferma de su grave colapso y levantándose algo aquel pulso en extremo deprimido; también la hemorragia había disminuído algo.

En vista de la grandísima gravedad del caso y de las enormes dificultades que se presentaban para la extracción de la placenta, decidimos, mi compañero y yo, diferir la extracción hasta el día siguiente, y como aún continuaba la hemorragia, ordenamos se administrase cada cuatro horas un papel de ½ gramo de cornezuelo de centeno. A las ocho de la mañana del día siguiente, me personé al lado de la enferma, encontrándola profundamente debilitada por la excesiva pérdida de sangre; la hemorragia había terminado, pero tantísima había sido la sangre perdida, que la paciente estaba pálida, amarilla, sin fuerzas para levantar sus brazos, experimentaba insoportables zumbidos de oídos, vértigos y desvanecimientos. Cada hora se le administraban tazas de caldo con una cucharada grande de carne líquida del Dr. Valdés García y 30 gramos de Jerez; en los intermedios tomaba una infusión concentrada de café, mezclada á partes iguales con leche.

En la tarde de aquel mismo día hice un lavado de la cavidad uterina con agua hervida bórica al 3 por 100, empleando un irrigador ordinario y la sonda de doble corriente de Doleris. A las pocas horas intenté nuevamente la extracción de la placenta, pero apenas había llegado con la mano á la cavidad uterina, se reprodujo la hemorragia de un modo alarmante; atendí ante todo á cohibirla, y una vez conseguido, y teniendo en cuenta el gravísimo peligro que corría la vida de la enferma á poca cantidad de sangre que perdiese, pensé que la determinación más razonable y prudente que pudiéramos adoptar, era la de no operar hasta que la enferma estuviera en mejores condiciones, porque aquella infeliz estaba ya casi sin vida.

Temiendo siempre la inminencia de la descomposición de la placenta y los gravísimos trastornos de la infección puerperal, se practicó otro lavado intrauterino con la sonda de Doleris, haciéndose cada cuatro horas uno de estos lavados, empleando en ellos litro y medio de una disolución bórica al 3 por 100 y hervida. Al día siguiente, ó sea el 18 de abril, la enferma no había experimentado ningún nuevo trastorno: el vientre estaba indolente á la presión, la

lengua limpia y húmeda, la temperatura normal, el pulso muy pequeño y algo frecuente, siendo menos irregulares los vértigos; pero, sin embargo, la debilidad era extremada. Se le ordenó tomase muy á menudo los caldos, el jugo de carne, leche y yemas de huevo batidas con Jerez y se continuaron haciendo cada seis horas los lavados.

El día 20 de abril, en uno de los lavados, expulsó espontáneamente un trozo de placenta de 12 á 14 centímetros, casi completamente descompuesto y exhalando un olor insoportable. Se adiestró en el manejo del irrigador á una enfermera muy inteligente, que practicaba los lavados cada seis horas. El día 21 seguía mejorando el estado general, el pulso estaba reanimado, la temperatura normal, el vientre indolente; y el estómago toleraba bien la alimentación prescrita y á cada lavado salía una pequeña porción de placenta completamente descompuesta. También con la secreción loquial (de fetidísimo olor) salían asimismo pequeños fragmentos placentarios. El día 22 no había habido ningún nuevo incidente, la mejoría en el estado general era grande y la enferma estaba completamente apirética.

Así siguió esta mujer durante veinte días, en los cuales se le practicaron seis lavados en las veinticuatro horas, saliendo en todos ellos restos placentarios. En todo este tiempo no tuvo ni una décima de temperatura anormal, ni el más mínimo trastorno abdominal. A los veintiún días del parto, comía ya con buen apetito, se suspendieron los lavados y hoy se encuentra completamente curada.

He aquí una mujer que con seguridad absoluta hubiera sucumbido si, siguiendo las reglas de la práctica ordinaria, hubiésemos persistido en la extracción manual de la placenta. *Todos los días están ocurriendo casos en que las puérperas mueren de hemorragia, originada* por las manipulaciones realizadas con el fin de extraer las parias adheridas.

En mi humilde opinión, este caso nos ofrece una gran enseñanza; de él podemos deducir conclusiones que pueden ser de alguna utilidad en la práctica tocológica.

En efecto; cuando existan adherencias placentarias, y cualquier intento de extracción es causa de una profusa hemorragia que ponga en peligro la vida de la puérpera, debemos suspender toda manipulación operatoria, procurando una rigurosa asepsia de la cavidad uterina, lo que conseguiremos con frecuentes lavados, que contribuyen, al mismo tiempo que á evitar la infección puerperal, á despegar las adherencias placentarias y á su expulsión.

Al narrar este caso, que creo verdaderamente extraordinario, no me propongo más fin que dar á conocer á mis compañeros un patente ejemplo del provecho que puede reportar la expectación en muchas operaciones tocológicas.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-rino-laringólogo. Madrid.

SUMARIO: I. Datos referentes á la fisiología de la membrana de la ventana redonda (tímpano secundario). — II. Sobre la cirugía de la trombosis sinusal auricular y particularmente sobre la denudación operatoria del bulbo de la vena yugular. — III. Más sobre las inyecciones de parafina en la protesis y afecciones nasales. — IV. Sondaje retrógrado del conducto nasolacrimal. — V. Dos nuevos casos de broncoscopia por cuerpo extraño.

I. Todavía la fisiología del oído oscila en medio de nebulosidades y la teoría se disputa los campos sin que podamos afirmar existan hechos numerosos del laboratorio y de la clínica que sirvan de base de sustentación. Por esto, los casos y las ideas nuevas en este terreno son dignas de la publicación y del examen, por lo que en esta REVISTA damos á conocer las dos interesantes publicaciones que el doctor Lucae (de Berlín) ha presentado á la 73.ª Reunión de Naturalistas y Médicos alemanes, celebrada en Hamburgo.

1.ª Es evidente que, en una porción de casos con extensa destrucción timpánica, la aplicación de una bolita de algodón ó del tímpano artificial de Toynbee, bien sea adaptado á los restos timpánicos ó comprimiendo el estribo que aparezca libre en el fondo de la perforación, mejoran considerablemente la audición.

Es cuestionable si tal efecto depende de la suplencia funcional timpánica ó puede ser atribuíble á un aumento de la presión laberíntica.

El tema sostenido por el Dr. Lucae está apoyado con la observación de casos múltiples de destrucción timpánica, con pérdida del martillo y yunque, consecutivas á otorrea crónica, en los que la aplicación de una bolita de algodón ha mejorado la audición, llamando particularmente la atención sobre el hecho de que la audición mejora repentinamente, cuando la bolita en cuestión es aplica-

da sobre la parte anterior del promontorio sin tocar ni el estribo ni la ventana redonda. Al lado de este hecho, llama la atención sobre la circunstancia de retroceder la audición al *status quo ante* tan pronto como se retira la bolita; siendo también digno de notar el caso de mejoría persistente de la audición para aquellos casos de uso muy prolongado del cuerpo extraño que, por efecto de irritación local, ha engendrado un grosor y estado granuloso de la mucosa del promontorio con ligera secreción.

Supone el Dr. Lucae, en vista de lo observado, que la trasmisión de sonido se realiza en estos casos á través del promontorio al propio tiempo que por el estribo y ventana redonda, de donde resultaría que en el órgano coclear existirían dos ondas de vibración que se anularían, provocando la sordera.

Interponemos un almohadillado sobre el promontorio y esta vía de trasmisión cesa, con lo que, no existiendo la interferencia de ondas contrarias, serán más perceptibles las que penetren por la ventana redonda.

Conforme con esta interpretación está el hecho de ser más eficaz un timpano artificial cuanto la perforación es más grande; es decir, cuanto mayor extensión de promontorio queda á descubierto y, por lo tanto, cuanto mayor extensión queda protegida por el almohadillado protector.

2.ª Se refiere á una interesante observación, que consideramos única en la historia de la otología y que abre acaso mayor horizonte á la cirugía intratimpánica. El Dr. Lucae la titula *Una operación con éxito sobre la ventana redonda.* Una mujer de cuarenta y un años es afectada de sordera progresiva, que experimenta rápida agravación á consecuencia de una violenta emoción. Existen fuertes ruidos subjetivos, principalmente del lado derecho, donde al mismo tiempo que las constantes resonancias y ruidos de moscardón oye diferentes cantos de pájaros.

La audición es de 0'8 (3'5) para la voz susurrada en el lado derecho y de 1'3 (3'8) en el lado izquierdo. El timpano está relajado en el lado derecho, y espesado y con adherencias del mango del martillo en el izquierdo.

Permaneciendo ineficaz todo tratamiento, y en vista de la tenaz insistencia de la paciente, atormentada por los síntomas subjetivos, practica el Dr. Lucae la excisión de la membrana timpánica con extracción de martillo y yunque, siendo la hemorragia casi nula por estar atrofiado el timpano (se trata del lado derecho) y no encon-

trándose adherencia alguna en la cadena ósea. La ventana redonda, cuyo plano mira hacia el conducto auditivo externo más directamente que de ordinario, está recubierta por dos elevaciones exostósicas semiesféricas, que se tocan de modo tal que no es posible pasar una aguja entre las dos. El promontorio aparece recubierto por una mucosa esclerosada y espesa, y el estribo, explorado con una sonda, parece perfectamente movible.

El resultado operatorio, así para la audición como para las mortificantes sensaciones subjetivas de resonancia y ruído de moscardón parece perfectamente nulo, por lo que se emprende una segunda operación en narcosis, con el fin de librar la ventana redonda de las dos exostosis que la encierran, empleando una fresa del tamaño de una cabeza de alfiler animada por un motor eléctrico, con lo que se pudo penetrar muy superficialmente, sin causar escape alguno de líquido laberíntico. El resultado obtenido fué satisfactorio, pues que la audición aumentó y, sobre todo, *desapareció completamente la sensación subjetiva de resonancia y ruído de moscardón.*

Al cabo de algunos meses el resultado era durable.

II. Que la trombosis del seno lateral se extiende frecuentemente en sentido centrípeto y gana el bulbo de la yugular, sería un hecho presumible por los datos de la fisiología patológica, si no hubiera hechos positivos debidos á Lentert y Jansen, que lo comprobaron, pero también puede ocurrir que la lesión flebítica no tenga su comienzo en el seno sigmóideo y principie más bien en el mismo bulbo de la vena yugular, como también podía hacerlo presumir la fisiología patológica, dadas las relaciones anatómicas existentes entre el vaso venoso y el fondo de la caja timpánica, y que de modo brillante ha puesto de manifiesto el Dr. Stenger en un trabajo anatómico de mérito.

Pues bien, admitida, ya sea la participación del bulbo en el proceso, ó bien considerado como punto de partida de la lesión origen de los accidentes piohémicos que debemos combatir, parece perfectamente lógico descubrir el bulbo, incindirle y extraer las masas trombosadas y aseptizar el foco en cuestión. Esta es la operación practicada y descrita por el Dr. Grunert de la Clínica de Halle. No se encuentra en la literatura hasta la fecha caso alguno en el que tal operación haya sido ejecutada, aunque en la obra de Macewen sobre las infeciones supuratorias encefálicas, ya se inicia la idea, así como también en el Tratado de von Bergmann, *Die Chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten,* encontrándose más precisa

indicación en la *Encyclopaedie der Ohrenheilkunde* del Dr. Blau, en un artículo redactado por Jansen.

La técnica, según la experiencia de Grumert adquirida en tres casos, debe ser como sigue: Supuesto que tenemos practicada la incisión clásica retroauricular y la propia para la ligadura de la vena yugular interna, como es propio de una intervención combinada de tal naturaleza, en que debemos atender, no sólo á la extirpación del mal, sino también á evitar el paso al centro cardiopulmonar de las partículas sépticas desprendibles, unimos la primera con la segunda incisión, y descubierta la punta mastoidea, vamos preparando hacia adentro con instrumento romo, siguiendo la base craneal hasta el borde óseo lateral del agujero yugular, maniobra en la que precisa atraer hacia adelante las partes blandas con tanta fuerza que podemos traumatizar el nervio facial á su salida del agujero estilomastoideo. Una vez alcanzado este propósito y supuesto que ya previamente tenemos á descubierto el seno sigmoideo, resta solamente hacer saltar el puente óseo existente entre este punto de trepanación mastoidea y el borde externo del orificio yugular, para lo que emplearemos la tenaza de Lür, sin tener miedo de herir el paquete nervioso que con la vena sale, dada la posición anatómica que tienen.

Con esto ya tenemos el bulbo á descubierto y no tenemos que hacer sino incindirle y prolongar la incisión algo en la vena yugular previamente ligada, con lo que el tubo sigmoideo-bulboyugular lo habremos convertido en un canal abierto hacia afuera en una muy favorable disposición para el tratamiento post-operatorio.

Como nota crítica final, diremos que juzgando racional la operación, la hemos practicado en el cadáver repetidas veces sin que nos haya parecido rodeada de dificultades grandes, aunque, en verdad, la profundidad en que se encuentra el agujero de la vena yugular es considerable.

III. Aunque ya nos hemos ocupado en una de nuestras anteriores *Revistas* sobre tan ingenioso medio protético, volvemos sobre la materia para dar á conocer sus perfeccionamientos. En este punto, nos parece digno de exposición el trabajo presentado á la Sociedad francesa de Laringología en el mes de mayo, por el Dr. Delie (d'Ypres), en el que se anotan ciertos detalles que hasta la fecha no hemos visto consignados en los demás, siendo así que llevamos leídos casi todos los publicados; detalles que, yo que he practicado una inyección de parafina en una joven con depresión nasal consecutiva á un absceso traumático del *septum*, puedo apreciar la importancia,

pues he de confesar que no conociendo con precisión los detalles de la técnica, resultó sumamente comprometida la maniobra, tanto por la cantidad que debe ser inyectada, como por la preparación de la parafina y el mecanismo mismo de la inyección, siendo como es la parafina un producto de consistencia varia y con un grado de fusión distinto, pero siempre comprometedor para el resultado operatorio.

Todavía no estamos completamente instruídos sobre el destino posterior de la parafina inyectada, pareciendo lo más seguro que la líquida desaparecería lentamente (Eckstein, Broeckaert), que la vaselina blanca alemana (mezcla de cuatro partes de parafina líquida y de una sólida), que funde de 38 á 40°, sería absorbida en parte, siendo reemplazada por un tejido conjuntivo, según un procedimiento histológico análogo al de la conectificación de los coágulos de un trombus, adquiriendo la chapa del punto inyectado la consistencia de un fibrocartílago, y que la parafina sólida empleada por Eckstein (de Berlín), y Broeckaert (de Gante), y que también se ha empleado en la Clínica de Moure (de Burdeos), fusible á 60°, es de imposible absorción, solidificándose con gran rapidez y provocando á su alrededor un proceso de formación conjuntiva, que forma un verdadero enquistamiento de la masa inyectada.

Respecto á esta parafina sólida, no me he atrevido á emplearla en el caso personal que llevo aludido, pues que los ensayos anteriores practicados resultaban verdaderos fracasos, por la rapidez de solidificación que ocasiona la obstrucción de la aguja antes de practicar la puntura.

A propósito de esto, se pregunta el Dr. Delie: ¿qué parafina conviene inyectar?

Desde la parafina líquida empleada por Gersuny y Stein hasta la sólida preconizada por Eckstein, y fusible á 60°, ha ensayado el doctor Delie diferentes grados intermedios, según las siguientes proporciones:

1.ª La vaselina americana, que merece una recomendación especial, diferiendo totalmente de la vaselina blanca alemana, siendo más estable y extraída directamente del petróleo, más diáfana, menos blanca y más sólida que su homónima, siendo fusible á 41°,5.

2.ª Una mezcla de parafina sólida 1 y de parafina líquida 4, da la vaselina ordinaria fusible de 38 á 40°.

3.ª Cuatro partes de parafina sólida y seis de parafina líquida, suministran un producto fusible á 44°.

4.ª Cinco partes de parafina sólida y cinco de la líquida, dan un cuerpo fusible á 48°.

5.ª Seis partes de parafina sólida y cuatro de la líquida, dan un cuerpo fusible á 50°.

6.ª Ocho partes de sólida y dos de la líquida, dan producto fusible á 56°.

La parafina sólida pura, cuyo punto de fusión oscila entre 74 y 80°, es de imposible utilización.

Cuando se trata de reparar una pérdida que recae en región de natural blandura y flexibilidad, debe adoptarse una parafina lo bastante sólida para ser rígida, y cuando se trata de pérdidas de substancia ósea, la parafina sólida es la más adecuada para la sustitución arquitectural.

El Dr. Delie ha empleado la inyección submucosa nasal para combatir los inconvenientes que resultan de la amplitud excesiva de las fosas nasales en la rinitis atrófica, procurando de este modo hacer una especie de relleno artificial, que, estrechando el calibre, facilitará la limpieza.

Es digno de ser ensayado en tal sentido, pero si con la inyección pretendiéramos combatir la lesión, tendríamos que condenarla, pues no se nos alcanza de qué manera la parafina podría combatir la atrofia de la mucosa, la degeneración glandular, la metaplasia epitelial y la absorción ósea propias de la rinitis atrófica.

La técnica es sumamente sencilla, debiendo atenernos á las prácticas de la inyección hipodérmica y de la asepsia más rigurosa, siendo punto esencial disponer las cosas de modo que la jeringuita esté caliente para evitar la obstrucción de la cánula.

Inyectada una pequeña cantidad proporcionada al objeto propuesto, la moldeamos con los dedos, ateniéndonos á la inspiración estética del momento.

El Dr. Delie establece las siguientes conclusiones:

1.ª Las inyecciones de parafina son de utilidad incontestable en las lesiones destructivas de la conformación, tanto externa como interna de la nariz.

2.ª La elección de la parafina que debe inyectarse, depende del estado de la piel y de las mucosas, y del efecto que deseamos obtener.

3.ª En la prótesis nasal, los resultados inmediatos de la inyección de parafina, cuyo punto de fusión es bajo, son los mismos que los obtenidos con las parafinas sólidas. Del porvenir lejano, sólo la experiencia podrá dar fallo definitivo.

IV. La tenaz resistencia que oponen al tratamiento ciertos casos de dacriocistitis, sobre todo si están complicados ó son originados por un padecimiento moral, ya séptico, ó que estreche ú obstruya los tramos inferiores del conducto nasolacrimal, ha sido motivo de toda clase de tentativas para dar solución á lesiones de tal índole. De todos, y particularmente de los oculistas, son conocidos los diversos tratamientos puestos en práctica, incluso el tratamiento de las lesiones nasales que complican el padecimiento, pero de muy pocos son conocidas las tentativas realizadas para practicar la *dilatación retrógrada*, en oposición á la corriente, practicada de arriba abajo, utilizando las sondas de Bowmann.

Ya en el Tratado de Arlt (*Die Krankheiten des Auges*, 1856), se dice que La Forest, por el año 1730, había practicado tal sondaje retrógrado, cuyo procedimiento utilizaron más tarde Dubois, y sobre todo, Gensoul (de Lyon); pero, en verdad, tentativas tales cayeron en el olvido, sin duda por la extrema dificultad de su ejecución y por el fracaso terapéutico, siendo también de admirar que en esas épocas prerinoscópicas pudiera nadie, guiado solamente por el conocimiento anatómico y al tacto, llegar á practicar una maniobra, seguramente difícil y dolorosa, ya que no imposible, aun auxiliándose con la iluminación rinoscópica moderna.

Olvidada tal práctica, la resucita recientemente el Dr. Polyak (de Budapest), quien publica una comunicación en los *Archiv. für Laringologie und Rhinologie de Fraenkel*, tomo XII, cuaderno 3.°

Para comprender la viabilidad del método, nos sobran los detalles anatómicos precisos que informan la construcción de las sondas y catéteres imaginados y empleados por Polyak. Según él, y en un hermoso grabado adjunto al trabajo, lo comprueba el conducto nasolacrimal que tiene una trayectoria de arriba y adentro, abajo y atrás, describiendo una pequeña curva de convexidad externa que es manifiesta, particularmente en la porción ósea, siendo sensiblemente recta la dirección en la porción membranosa. El largo del canal varía entre 15 y 20 milímetros, siendo el calibre de tres ó cuatro milímetros. El trayecto del conducto nasolacrimal forma con el suelo de las fosas nasales un ángulo de 76 á 84°, detalle de interés al que debe ajustarse la curvatura que se da á las sondas. El orificio de desagüe, y este también es un detalle de interés para el sondaje, dista del suelo de la fosa nasal no menos que 15 á 19 milímetros.

Ateniéndonos á los datos suministrados por Mihalkovics (*Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen*, del Tratado de Heymann,

Handbuch der Laryngologie und Rhinologie), el conducto nasolacrimal desemboca en la parte anterior del canal nasal inferior, allí donde éste, aunque es más estrecho, asciende á mayor altura. El orificio está á 22-25 milímetros de la entrada del vestíbulo nasal próximo á la bóveda del canal nasal, variando su disposición según el punto de desagüe, de modo que apareciendo en la bóveda, se presenta dilatado, y si se abre en la pared externa, aparece oblicuo y estrechado por un repliegue mucoso (*plyca lacrymalis*); detalle éste que representará un obstáculo para el sondaje en cuestión.

Conformándose con esta disposición anatómica, el juego de sondas del Dr. Polyak está dispuesto de modo que la rama que ha de practicar la dilatación, tiene un largo que no excede de 16 á 18 milímetros, es decir, la distancia existente entre el orificio del conducto nasal y el suelo de la fosa y el ángulo que forma con el mango es de 80°, siendo construído de un material que puede sufrir cambios en la forma para adaptarse á la disposición de un caso concreto.

El uso previo de la cocaína, y á nosotros se nos ocurre, que principalmente el empleo del extracto de cápsula suprarenal, facilita de modo considerable la maniobra, reduciendo el grosor de la mucosa del cornete inferior.

De todos modos, el autor reconoce que en algunos casos precisa la resección previa de la extremidad anterior del cornete.

Los detalles técnicos de la introducción de la sonda se desprenden de la misma disposición de las partes y la forma del instrumento, siendo de advertir que la penetración de éste es en ocasiones un tanto dolorosa.

Al autor le parece indicada la operación: 1.°, en los casos de dacriocistitis y estenosis del conducto nasolacrimal, en que no existan lesiones antiguas de la pared del saco que dificulten ó impidan el trabajo de aspiración; 2.°, en el caso de que la afección de las vías lagrimales tenga un origen nasal manifiesto; y 3.°, siempre que la dilatación de arriba abajo haya sido ensayada sin éxito alguno.

Limitado el sondaje retrógrado de este modo, no pretende sustituir al clásico, sino ayudarle en determinados casos.

El juicio que nos merece la maniobra de Polyak, es favorable en lo que se refiere á la tentativa de buscar una vía inferior para el tratamiento de determinadas afecciones de las vías lacrimales, pero desechamos en totalidad el sondaje, opinando que el procedimiento será de otra índole para ser eficaz. ¿Qué procedimiento será éste? De ciertos ensayos que he practicado en el cadáver hace tiempo, impul-

sado por la misma idea que Polyak, he llegado á creer que la cirugía cruenta podrá resolver este problema.

V. El empleo de la broncoscopia con el fin de diagnosticar y extraer cuerpos extraños depositados en los bronquios, no parece haberse puesto en práctica hasta von Schrötter (1) en Viena, y luego Neumayer en Munich, pudiendo, en todo caso, afirmarse que, si tal información histórica puede pecar de insuficiente, seguramente es cierto que hasta la fecha el uso de tal medio diagnóstico y terapéutico es de una extrema rareza. Por esto, las dos observaciones recogidas en la Clínica Rino-laringológica de la Universidad de Freiburg (Dr. G. Killian) y que publica el Dr. O. Wild en los *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, de Fränkel, tomo XII, nos parecen de novedad bastante para merecer ser conocidas.

Antes de la broncoscopia, un pronóstico fatal era de regla, si un cuerpo extraño depositado en los bronquios producía trastornos respiratorios ú ocasionaba trastornos patológicos pulmonases, siempre de gravedad suma.

Es verdad que la esperanza existe de que el cuerpo extraño pueda en un esfuerzo de tos ser devuelto, bien por la boca ó ya por la cánula traqueal puesta para el caso; es verdad que ciertos cuerpos orgánicos pueden experimentar reblandecimiento, putrefacción y disgregación, que facilita su expulsión, pero siempre tales hechos son fortuítos, y para poca cosa puede contarse con ellos.

La broncoscopia consiente al operador las maniobras de extracción bajo la inspección ocular, cual si se tratara de la laringe ó la tráquea.

Es claro que en ningún caso debemos suponer la maniobra de tan fácil ejecución como representa el dicho, pues se alcanza que en la inmensa mayoría de los casos ha de estar llena de dificultades, casi siempre insuperables; mas no por eso el medio es desechable, y casos hay que en un principio parecen imposibles y con la práctica se convierten en fáciles.

Primer caso: Una mujer de treinta y tres años ofrece las circunstancias necesarias para poder afirmar que un cuerpo extraño ha penetrado en el aparato respiratorio, presumiendo sea el lado derecho torácico el sitio de implantación. El examen traqueoscópico, practicado teniendo la enferma el cuerpo perfectamente erguido y deprimiendo el mentón contra el esternón, según práctica de Killian,

(1) *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1899, núm. 51.

muestra toda la extensión traqueal libre del cuerpo extraño, viéndose claramente el sitio de la bifurcación sin lesión aparente. En tal situación, repetida la inspección con el espejo laríngeo practícase, según inspiración de Killian, la siguiente maniobra: estando en posición de inspeccionar la tráquea, mándase la orden militar *vista á la izquierda*, con lo que al ejecutar el movimiento que tal orden representa, aprovechando un momento favorable, se ilumina el bronquio derecho y se puede diagnosticar la presencia de un cuerpo blanco de contornos angulosos.

Establecido el diagnóstico, practicó el Dr. Killian la broncoscopia superior (hay broncoscopia inferior, cuando se practica por un orificio traqueal), previa inyección de morfina y cocainización de las vías aéreas, sirviéndose de un tubo de 35 centímetros de largo por 9 milímetros de anchura, el que atraviesa por boca, laringe y tráquea hasta penetrar en el bronquio derecho. Varias tentativas en este sentido, procuran el hábito de la enferma, la que en una última sesión se ve libre del cuerpo extraño, merced al empleo de pinzas especiales que, introducidas á través del tubo broncoscópico agarran y extraen el cuerpo extraño; un hueso de 8 milímetros de largo, 7 de ancho y 5 de espesor.

En el segundo caso se trata de un niño de seis años que tiene una semilla en el aparato respiratorio, cuya situación fué diagnosticada en narcosis, en posición acostada y cabeza péndula, introduciendo, previa cocainización traqueal, un tubo broncoscópico de 23 centímetros de largo y 7 de ancho. Con un gancho se pudo llegar hasta detrás del cuerpo extraño, atrayéndole hacia afuera sin éxito, por lo que hubo de emplearse la pinza que fraccionó la semilla en cuestión, consiguiendo extraerla en porciones, procurando la restitución completa al estado fisiológico.

No es posible que en estas breves reseñas podamos entrar en el detalle ni del historial clínico, ni de la operatoria, mas no terminaremos sin consignar que las tentativas practicadas con éxito en la Universidad de Freiburg, han permitido á Killian introducir perfeccionamientos de instrumental, así del tubo broncoscópico como de las pinzas y ganchos extractores, de gran utilidad, cual puede apreciarse en los grabados del trabajo original.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. DESINFECCIÓN DOMÉSTICA, por D. Carlos de Vicente y Charpentier, Inspector sanitario de la provincia Madrid, 1901

II. LA CREMACIÓN É INHUMACIÓN DE LOS CADÁVERES ANTE LA CIENCIA Y LA RELIGIÓN, por el Dr. D Manuel de Castro Alonso, canónigo de la S. I. M de Valladolid. Valladolid, 1901.

III. MEMORANDUM DE SINONIMIAS DE LOS PRODUCTOS QUÍMICOS, VEGETALES Ó ANIMALES, PLANTAS Y SUS PARTES Y PREPARACIONES DE APLICACIÓN Á LA FARMACIA, por D. Joaquín Mas y Guindel, doctor graduado en farmacia. Madrid, 1901.

IV. DOPO IL CONGRESSO INTERNAZIONALE MÉDICO DI LONDRA, por A. Romeo Mataró. Barcelona, 1901.

I

En este librito, escrito con verdadero deseo de vulgarizar los medios fáciles y económicos para prevenir el contagio y la propagación de las enfermedades infecciosas agudas, y entre las crónicas la tuberculosis, el autor se ha esforzado en poner al alcance de cualquiera persona medianamente culta lo que hoy más importa saber acerca de un asunto que si es muy interesante desdè el punto de vista científico, todavía lo es más desde el práctico.

Con razón insiste el ilustre médico y generoso propagador de las ideas modernas en materia de higiene, en la necesidad que hay de que se llegue á comprender por todo el mundo, y especialmente por las clases directoras, que las enfermedades contagiosas son de las llamadas evitables, en mayor ó menor grado, según los casos, y por lo tanto, que incurre en grave responsabilidad quien quiera que hallándose obligado á velar por la salud pública ó privada, no pone de su parte lo que hoy es indispensable para prevenir el desarrollo y la difusión de las afecciones contagiosas.

Aunque la edición no fuera gratuita y costeada por el autor, timbre más de mérito para el Dr. Vicente, es seguro que no tardaría en agotarse, dada su notoria utilidad. Cuando haya llegado ese caso, y si se decide mi estimado amigo á repetir la suerte, entiendo que no estaría de más hacer mérito de algunos puntos que no se han tratado en la presente edición, tales como el de si es posible y hasta qué punto el contagio de determinadas enfermedades por persona inter-

media y el de la duración del período de incubación de algunas afecciones. En cambio, he visto con gusto que insiste el autor más de una vez en lo erróneo de la creencia de que es peligrosa la vacunación en tiempo de epidemia, á pesar de lo cual aún hay hasta médicos que opinan lo contrario.

La obrita va precedida de una carta-prólogo del Dr. Ramón y Cajal, en que con la elevación de ideas propia de sabio tan insigne, anima y felicita al Dr. Vicente por la publicación de este libro, que realmente es obra meritoria y útil por muchos conceptos.

II

Al ver que el tan debatido tema de la cremación de los cadáveres aparece tratado en este opúsculo por un teólogo, no por un médico, cualquiera creería encontrar más que nada razones y argumentos de orden dogmático y filosófico, y muy en segundo término todo lo relativo al estudio propiamente médico del asunto. Y sin embargo, sucede todo lo contrario.

El autor de esta obra no sólo se esfuerza en entrar en el terreno científico del tema que se ha propuesto tratar, sino que lo hace con cabal conocimiento del mismo, y no sólo eso : además de expresarse en términos que hacen comprender la preparación que en lo relativo á cultura médica ha hecho antes de resolverse á publicar su librito, expone con tal extensión é imparcialidad los argumentos de los partidarios de la cremación de los cadáveres, que hay páginas enteras de la obrita en que más cree uno estar leyendo una apología del procedimiento incineratorio, que no una publicación escrita por un canónigo de la Iglesia Católica, en defensa de la inhumación de los cadáveres.

El Sr. de Castro pasa después á refutar los argumentos de los partidarios de la cremación y expone en seguida las razones, principalmente de orden histórico, científico y económico, que militan en favor de la inhumación, terminando su bien escrito trabajo, por el que cordialmente le felicito, con un capítulo donde trata de la cremación y la inhumación ante la religión católica, y en el que incluye la declaración de Roma reprobando el procedimiento de incineración de los cadáveres.

III

Recoger y ordenar en un tomo no pequeño las sinonimias, procedencias, nombres científicos y vulgares de los productos químicos,

vegetales ó animales, plantas y sus partes ó preparaciones, representa una labor tan prolija y paciente como meritoria. Y aunque la obra no pueda tener pretensiones de ser completa, como su mismo autor reconoce al solicitar para nuevas ediciones el concurso de todo el que se interese por estos asuntos, no por éso deja de constituir una buena base para hacer sobre ella un trabajo más perfecto.

Claro está que no es éste uno de los libros que pueden considerarse como precisos para la generalidad de los médicos. Esto no obstante, tampoco es del todo inútil tener á mano una publicación como ésta, que en un momento dado descifra el enigma de cuál podrá ser un producto determinado de que le dan á uno cuenta como muy conocido en alguna región de España, con un nombre especial y distinto del que tiene asignado en el resto de la Península. Teniendo en nuestra patria tal variedad de dialectos é idiomas, y aun dentro de éstos de voces que sólo se usan en regiones muy reducidas, son convenientes obras como la del Sr. Mas y Guindal, verdaderos diccionarios de carácter nacional y técnico á la vez, puesto que contribuyen, aunque indirectamente, á dar á conocer la riqueza de un país en productos más ó menos útiles.

IV

El autor de este libro, que como aparece en el epígrafe de esta *Bibliografía*, está escrito en italiano, aunque publicado por un español y en Barcelona, tomando pié del Congreso internacional médico de Londres y de la Conferencia famosa que en él hizo el Dr. Koch, expone una serie de ideas bastante originales acerca de las enfermedades infecciosas y de la manera de combatirlas.

En ocasiones insiste mucho, y con razón, sobre la importancia que tienen las malas condiciones higiénicas de todo género en el desarrollo y propagación de las enfermedades mencionadas y sobre los medios que la sociedad está obligada á tomar para que mejoren dichas condiciones, atendiendo de ese modo y en primer término á las clases desheredadas y después, y como consecuencia de ello, al bien general de la Nación.

Mas es el caso que el Sr. Romeo Mataró arremete de paso con la Iglesia católica, con el clero, con los hospitales y con los mismos médicos, llevando su enemiga hasta tal punto, que al dar cuenta al final de su obra de un remedio específico que dice poseer para la curación del tumor blanco, y cuyos detalles de aplicación expone en nota, y por cierto que en castellano (sin que él explique ni yo com-

prenda la causa de esta combinación bilingüe), se expresa en los siguientes términos, que prefiero no traducir: «Cosi terminiano questo breve é ténue lavoro. Le nostre vedute ben distinte dell' altre in voga, furono causa di non poche misere critiche ed anche di gesuitiche persecuzioni. Il risultato é che siamo in podere del vero specifico per la curazione della Tuberculosi».

Sea enhorabuena si los hechos confirman, las afirmaciones del autor, pero no me explico por qué unas ideas que han conducido al descubrimiento de un específico contra la tuberculosis han de haber provocado persecuciones de parte de la ilustre Compañía fundada por San Ignacio de Loyola.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 10 *de Mayo de* 1902.

Constitución médica del invierno último.—El Dr. *Calvo* toma parte en el debate y llama la atención acerca de la mayor ó menor frecuencia de los casos de difteria observados en dicho período, recordando la doctrina consignada en las obras de Hipócrates, de Areteo, de los árabes, de Ingracias, de Morton y de Sydenham, sobre la angina maligna, y las descripciones que los médicos españoles, especialmente Mercado, Pérez de Herrera, Villarreal y Soto, hicieron del garrotillo, que no fué otra cosa sino la *difteria laríngea*, siempre grave y mortal en gran número de casos.

Hace constar el Dr. Calvo que la escarlatina se acompaña muchas veces de angina grave; que en ocasiones son aterradoras las epidemias de difteria; que un comerciante de Amsterdam llegó á perder siete hijos de dicha dolencia; que merced á los sueros antidiftéricos ha descendido la mortalidad á 12 ó 18 por 100, en lugar de 60 ú 80, debiendo emplearse muy pronto tal modificador, para obtener sus beneficiosos efectos, y que los eméticos pueden ser debilitantes en sumo grado, comprometiendo la vida de los niños que los usan de modo inconveniente.

Respecto al influjo de las constituciones médicas en la cirugía, el doctor Calvo le admite sin restricción alguna, declarando que las estaciones de primavera y de otoño son las más favorables para operar; y la de invierno la menos propicia, especialmente en la catarata; que ahora se opera en todo tiempo confiando en los procedimientos de Lister; que en los países del Norte

se lucha con más inconvenientes que en los meridionales para los actos quirúrgicos, y que las erisipelas, las gangrenas hospitalarias y las uniones por primera y segunda intención, son más frecuentes, según los tiempos, ofreciendo modificaciones dignas de atención.

El Dr. *Iglesias* insiste en la menor frecuencia de la difteria en la época presente, en esta Corte, alcanzando esta notable disminución á los años de 1886 á 1888, debiendo advertir que la angina catarral se confunde frecuentemente con la difteria por las exudaciones que en aquella se observan.

Consigna que la voz *garrotillo* es de origen vulgar, habiéndola aceptado los médicos, sin que se sepa cuál fué el primero que la empleó; que Pérez Cascales y Herrera dicen que se asignó tal nombre al padecimiento, porque los que morían de él quedaban sofocados como si se les hubiese ahogado con un cordel, á lo cual llamamos en nuestra lengua *dar garrote;* y que Covarrubias, en su *Tesoro de la Lengua castellana ó española*, asegura que «garrotillo es cierta enfermedad de sangre que acude á la garganta y atapa la respiración, como si diesen al tal paciente garrote».

El Dr. *Iglesias* hace notar que en el siglo XVII fué el garrotillo frecuentísimo en España, habiendo reinado numerosas epidemias descritas por los autores regnicolas; que uno de los años recibió el nombre de *año de los garrotillos* y que esta enfermedad, que puede presentarse con carácter endémico y epidémico, ofrecen variedades y gravedad muy diferentes.

Termina manifestando que considera muy racional el empleo de los sueros orgánicos en la difteria, porque son tónicos y estimulantes, y de acción muy análoga á la de los alcohólicos, preparados quínicos, cardíacos y modificadores de las flegmasías de las mucosas.

Patogenia y tratamiento de la neumonía.— El Dr. *González Alvarez* usa de la palabra para rectificar é insiste en que los antimoniales á cortas dosis son muy útiles en los casos de *tetania bronquial* según ha sostenido en el Congreso internacional de París, de 1900, fundándose en dos observaciones de su práctica, creyendo que la ipecacuana es debilitante si se llega á la acción emética.

Añade que el tratamiento profiláctico se propone impedir que el microbio atraviese las barreras orgánicas, verificándose esa penetración por el influjo de las pasiones deprimentes, enfriamiento, traumatismos y otras causas; que en el niño la flegmasía se localiza en los lóbulos inferiores y no en el vértice, como algunos han pretendido; que la neumonía es más mortífera en la infancia que en ninguna otra edad, incluso la vejez, llegando á 35 por 100 la mortalidad en los menores de tres años, según se ha demostrado en el último Congreso de Pediatría celebrado en Italia; y que el tratamiento ha de ser más activo en los niños que en las demás edades.

El Dr. *González Alvarez* se muestra partidario de la *sangría* como tratamiento curativo de la neumonía, asegurando que tiene dos acciones demostradas que llenan una indicación causal y patogénica: extrae las toxinas que envenenan las células orgánicas con especialidad las nerviosas sumándose las del microbio á las celulares y elevando veinte veces la tonicidad normal de la sangre; aumenta la leucocitosis, favoreciendo así la función intracelular destructora de los microbios ó fagocitosis.

Trata después de los sueros orgánicos como agentes curativos de la neumonía, recomendándolos con eficacia, fundado en que aumentan siempre la

leucocitosis y en que cuando la neumonía tiende á la curación es más activa la leucocitosis polinuclear, observándose lo contrario en los casos adversos.

En punto á la clase de suero se muestra el Dr. González Alvarez partidario del antidiftérico, porque es el que más se aproxima al que debe exigir la neumonía; á las seis observaciones de Talamon, en que descendió la fiebre, se limpiaron los esputos y el cuadro sintomatológico cambió en sentido favorable. Dice que debían emplearse siempre dosis suficientes de dichos sueros, aumentándolas en los casos hipertóxicos, y sostiene que los sueros no atacan á los microbios sino á las toxinas y al proceso celular, ocasionándose la muerte por ataque al bulbo y parálisis cardíaca.

PERIÓDICOS

Consideraciones clínicas sobre la atrepsia aguda de Parrot.—En el *Boletín Oficial de los Colegios de Médicos y Farmacéuticos de la provincia de Almería*, publica D. Eduardo Pérez Cano, las siguientes consideraciones clínicas :

No trata de hacer una exposición de la atrepsia aguda que tanto conocen sus compañeros, ni de apuntar nada nuevo en lo que á ella se refiere ; se propone hacer un estudio ligero de los casos que ha tenido ocasión de observar en su distrito de la Beneficencia Municipal, los que le sirven de base para poder deducir algunas consideraciones clínicas, que cree importantes en el concepto de esta enfermedad infantil.

Es lo más frecuente encontrar niños de pecho, que sus madres cuentan que tienen mucha diarrea verde, que están muy caídos, que vomitan muchas madejas, que se ponen helados y que no quieren mamar ; esto es continuamente, que si se oyeran unas á otras no repetirían tan idéntica su exposición. Estos niños han sido motivo de su observación.

«El gran paidópata Parrot definió y nombró atrepsia aguda á un estado distrófico profundo causado por trastornos gastro-intestinales de la infancia. Dentro de este concepto he observano estos casos que he agrupado en tres períodos con relación al curso de la enfermedad y trastornos comprobados. Estos períodos son :

1.° Gastrointestinal ó preatrépsico.

2.° Hemático.

3.° De atrepsia confirmada.

Primer período gastrointestinal ó preatrépsico : En este período cita entre otros á un niño, visitado el día 26 de febrero, de cinco meses de edad, alimentación mixta, se encuentra enfermo del día anterior ; sed, inquietud, timpanismo abdominal, pañales manchados de un líquido grumoso blanco y estrías verdosas : prescripción de ácido láctico y mamadas reguladas con intervalos de dos horas y en corta cantidad. Día 27 febrero : evacuaciones menos numerosas y más abundantes, licuosas y ambarinas obscuras, desaparición de las estrías verdosas y grumos ; continuación del régimen terapéutico y alimenticio. Día 28 febrero : inquietud más acentuada, abdomen flojo, menos evacuaciones en cantidad y calidad ; suspensión del ácido láctico y

mamadas de más tiempo. Día 1.° de marzo : evacuaciones de buen aspecto y sueño tranquilo ; alta por curación.

Segundo período: Hemático. En este período cita como ejemplo á un niño visitado el día 24 de febrero, de cuatro meses de edad, alimentación de biberon, enfermo hace unos diez días, deposiciones licuosas y abundantes, vómitos continuos y fétidos, vientre abultado, gritos é impaciencia, pirexia de 39°,5 : lactancia de nodriza regimentada de dos en dos horas, administración de agua albuminosa é irrigaciones intestinales. Día 25 de febrero. A pesar de mi prescripción continúan con el biberón, pirexia de 38°,5, insisten los vómitos, deposiciones menos abundantes, dolores colicuativos; el mismo tratamiento, más masaje abdominal. Día 26 de febrero. Pirexia de 37°,8, vómitos más frecuentes, menos abundantes, deposiciones iguales, vientre de batracio, ojos hundidos, piel seca, no quiere tomar el biberón, algidez é indiferencia. Dieta hídrica, suero Hayem, continuación de las irrigaciones intestinales. Día 27 de febrero. Temperatura de 36°,2, pulso pequeño, ojos en blanco, piel fría y arrugada, vómitos escasos, deposiciones viscosas como clara de huevo. Inyección hipodérmica de aceite alcanforado y fricciones de alcohol. Día 28 de febrero, defunción.

Tercer período : Atrepsia confirmada. En este período coloco entre otros á un niño visitado el día 5 de marzo, de cinco meses, heredosifilítico, alimentación mixta, diarrea y vómitos, vientre aplanado, cara de viejo, demacración y algidez. Prescripción de suero Hayem y fricciones mercuriales alternas. Días 6, al 13 de marzo, continúa en el mismo estado. Día 14 de marzo, tos, frecuencia respiratoria, pirexia de 39°,5, estertores mucosos y continuación de su estado abdominal. Suspensión de las fricciones, y prescripción de ventosas secas en el pecho. Día 15 de marzo, se acentúan los fenómenos torácicos. Continuación del mismo tratamiento. Día 16 de marzo, demacración, enrojecimiento del rostro, pirexia de 40° y continuación del estado abdominal. Día 17 de marzo, gritos, inquietud, pirexia de 39°,5. Fenómenos cerebrales, continuación de los torácicos y abdominales. Prescripción de fomentos de nieve en la cabeza. Día 18 de marzo, alta por defunción».

Observando estas exposiciones clínicas, dice el Dr. Pérez Cano, que la etiología general está representada en la mala alimentación ; no ve á un niño de su distrito que esté sometido á una lactancia rigurosa, todos por muy poca edad que tengan, comen y maman, esto unido al estado de pobreza, tanto orgánica como de recursos en que las nodrizas se encuentran ; su leche es de las peores condiciones de nutrición, y este uso continuado de esta leche con los alimentos que á estos niños les hacen tomar, son causas para producir fermentaciones anormales de estas substancias alimenticias que son medios tóxicos muy suficientes para explicar los cuadros clínicos que ha referido, á más de los antecedentes de herencia como los de sus tres últimos casos, capaces de por sí de constituir los fenómenos caquéxicos descritos.

La diarrea verde es un síntoma casi constante en sus descripciones clínicas y ésta puede ser produdida ó por la viliverdina ó por multitud de variedades de microbios cromógenos (bacilo coli ordinario, estreptococo, bacilo piociánico, tyrotix, etc., etc.). Por lo primero demuestra un trastorno en

la secreción biliar, y las fermentaciones digestivas normales no se hacen como deben por estar en exceso elementos de la bilis que comprometen las transformaciones bioquímicas de los alimentos para su absorción; si es lo segundo, porque las toxinas elaboradas por estos microorganismos impiden la digestión normal de los ingestas, consecutivos á los trastornos observados. Otro de los síntomas es el vómito, que no se ha de confundir con la regurgitación, pues en éste inmediatamente de introducida la leche en el estómago, es expulsada sin tener ésta signos de haber sido digerida como ocurre en los vómitos en que se presentan en forma de grumos (leche digerida), á estos son á los que el Dr. Cano se refiere; estos vómitos pueden ser producidos ó por una alteración en el quimismo gástrico á consecuencia de la fermentación anormal de substancias indigestas, ó por el reflejo vomitorio que tiene por centro la médula oblongada, excitado por la autointoxicación producida por los microorganismos más arriba indicados.

Los fenómenos de desnutrición y enflaquecimiento, son debidos á la deshidratación de los tejidos por las pérdidas hemético diarréicas, y el aplanamiento é indiferencia son fenómenos cerebrales debidos á la toxemia.

Interpretando la patogenia de estos síntomas, se ve que todos ellos son fenómenos generales de infección y ésta producida por microorganismos vulgares, no teniendo un germen específico como el cólera, tifus, tuberculosis, etc., característico de ser el responsable de los fenómenos infecciosos que patentizan su cuadro clínico respectivo. Por esto no se pueden encontrar en la atrepsia lesiones anatómicas constantes y de ahí la diversidad de opiniones entre alemanes y franceses de considerar la atrepsia unos como atrofia de las glándulas de absorción del tubo intestinal y otros como una intoxicación crónica del aparato digestivo.

Considerado esto así, atrepsia son todas las caquexias sifilíticas, cancerosas, tuberculosas, etc., puesto que todas producen estas intoxicaciones crónicas. De todo lo expuesto se deducen las siguientes consideraciones:

1.ª Que la atrepsia aguda de Parrot no es una entidad morbosa.

2.ª Que la atrepsia no es más que una intoxicación crónica del aparato digestivo.

3.ª Que la causa principal de estas intoxicaciones, es la alimentación mixta en la primera infancia.

4.ª Que el raquitismo, heredosifilis, heredotuberculosis y niños prematuros, predisponen más especialmente á estas intoxicaciones crónicas.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 17 de Junio de 1902.

Piroplasmosis canina. Propiedades del suero de los animales inmunizados.— El Sr. Nocard: Añadiré dos puntos al notable trabajo del Dr. Laveran, sobre el *Nagana* ó *enfermedad de la mosca tsétsé*:

1.° El hombre es uno de los pocos mamíferos refractarios al Nagana; el suero humano inyectado á los animales que padecen esta enfermedad, hace desaparecer, al menos temporalmente, los tripanosomas; es probable que esta acción del suero humano esté en relación con la inmunidad natural del hombre para el Nagana.

2.° Entre los animales receptores, algunos curan: éstos resisten impunemente la inyección de grandes dosis de sangre abundante en parásitos. Es probable también que en ellos el suero adquiera propiedades análogas á las del humano, y es de esperar que, multiplicando las inyecciones virulentas, se consiga obtener sueros capaces de impedir ó de contener la marcha de la enfermedad en los animales más sensibles.

Livingston decía que la enfermedad de la tsétsé es el obstáculo principal que se opone á la civilización del centro del Africa. El descubrimiento de un medio de combatirle eficazmente, tendrá, por lo tanto, una importancia incalculable.

Voy á ocuparme de otro grupo de enfermedades, en las que se observan hechos del mismo género, aunque algo diferentes de los indicados por el doctor Laveran. Me refiero á las *piroplasmosis*, de las que nuestro colega ha dicho algunas palabras para demostrar las diferencias clínicas que las separan de las enfermedades de tripanosomas.

Se trata también de enfermedades de hematozoarios; pero en este caso los parásitos, en vez de hallarse libres en el plasma, como lo están los tripanosomas, penetran en los glóbulos rojos, se multiplican en ellos y los destruyen con una rapidez á veces increíble; no es raro ver el número de glóbulos rojos descender en veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, de 8 millones á menos de 1 millón por milímetro cúbico. A consecuencia de esta destrucción globular, se observa hemoglobinuria intensa, y á veces ictericia que no tarda en ser seguida de muerte.

El parásito fué observado primeramente por Babès, que le consideró como de naturaleza bactérica (*hemoglobinuria bactérica del buey*), Smith y Kilborne, que lo volvieron á encontrar poco después en la *fiebre de Tejas*, demostraron que se trataba de un protozoario, al que dieron el nombre de *piroplasma bigeminum* Han probado, además, que este hematozoario es el agente es-

pecífico de la enfermedad, que ésta no se transmite más que por la inoculación, y la inoculación es debida únicamente á la picadura de íxodos pertenecientes al género *Ricephalus* (*R. annulatus*). Cuando el íxodo hembra (la garrapata) está repleta de sangre de un bóvido enfermo, cae al suelo, donde deposita millares de huevos, que tardan poco en abrirse, si la temperatura es favorable; si las larvas nacidas así se fijan en animales que acaban de llegar á las praderas infectadas, producen la enfermedad cuyo germen contienen hereditariamente en una forma que no se ha determinado todavía.

La *fiebre de Tejas* no existe sólo en Tejas y en Rumanía; después de los notables trabajos de Smith y Kilborne, se la ha encontrado en casi todas las partes del mundo, designada con los nombres más diversos. La *Tickjever* de la Australia, la *Tristeza* de la América del Sur, la *Redwater* ó *Rooiwater* del Africa austral, la *Hemoglobinuria febril* de la Finlandia, la *Hematinuria* de la Cerdeña, la *Enfermedad de los bóvidos* de la Italia, el *Mal de Brou* de Francia, etc., son idénticas á la fiebre de Tejas, y debidas, como ella, al *piroplasma bigeminum* de Smith y Kilborne.

Los bóvidos no son los únicos mamíferos capaces de albergar los piroplasmas. Los carneros, las cabras, los caballos, los perros, padecen también sus *piroplasmosis*, que se revelan por síntomas análogos á los de la fiebre de Tejas, y que se propagan, como ella, por íxodos especiales á cada especie de animal. Fenómeno curioso que indicaba el Dr. Laveran: estas *piroplasmosis* son específicas, desde el punto de vista que ninguna de ellas es transmisible á animales de una especie á otra que la de donde procede.

Acabo de estudiar con el profesor Motas (de Bucarest), que trabajaba en mi laboratorio, la piroplasmosis del perro. En el curso de este estudio, cuyos resultados se consignaron en un trabajo inserto en los *Anales del Instituto Pasteur*, observamos cierto número de hechos que creemos conveniente exponer; prueban según ha demostrado Metchnikoff en su admirable obra sobre la *inmunidad*, que el organismo se defiende contra las infecciones de hematozoarios por los mismos procedimientos que opone á las infecciones microbianas; la diferencia principal se debe á que en el último caso la fagocitosis se ejerce principalmente por los leucocitos polinucleares, mientras que en otro es, al parecer, obra exclusiva de los grandes mononucleares.

La enfermedad ataca de preferencia los perros de caza; todas las observaciones recogidas en Francia, se refieren á perros que habían cazado recientemente en terrenos cubiertos de bosques ó malezas, de los que salieron llenos de garrapatas; un solo perro había permanecido sencillamente en una perrera infestada de garrapatas; todos nuestros enfermos habían tenido garrapatas; algunos las tenían todavía; pertenecían todos á la especie *Dermacentor reticulatus*.

Al contrario de lo que se observa en la fiebre de Tejas, que sólo en casos raros ataca á los terneros, los perros jóvenes son mucho más sensibles que los adultos, y la enfermedad reviste en ellos una forma sobreaguda siempre mortal.

En las formas graves, la enfermedad se caracteriza por fiebre, tristeza, postración, hemoglobinuria é ictericia, y ocasiona la muerte en pocos días.

La forma lenta es raro que termine por la muerte; se revela principalmente por anemia profunda, debilidad muscular grandísima, rara vez por

fiebre, hemoglobinuria ó ictericia. La curación tarda en obtenerse dos ó tres meses.

El examen de la sangre explica todos los síntomas observados: es pálida como si estuviera mezclada con agua; el número de glóbulos rojos ha disminuído de un modo notable: de 6 á 7 millones por milímetro cúbico, desciende á 4, 3 y 2 millones y menos. Los glóbulos blancos son, por el contrario, mucho más numerosos: 20.000, 30.000, 40.000 y más, en vez de 6 á 8000.

En las preparaciones coloreadas se observa que algunos glóbulos rojos contienen uno ó más parásitos parecidos á los que Smith y Kilborne han descrito en la fiebre de Tejas.

Abundantísimos en las formas graves de la enfermedad, que se caracterizan por hemoglobinuria intensa, estos parásitos son en las formas lentas mucho menos numerosos y á veces difíciles de descubrir.

La mayor parte de los glóbulos infectados no contienen más que un parásito voluminoso y redondo; pero se encuentran también, sobre todo en los casos graves, 2, 4, 12 y hasta 16 parásitos en cada glóbulo; son entonces más pequeños, irregulares en su contorno, angulosos ó piriformes.

La enfermedad es inoculable por todos los procedimientos de inoculación siempre que el producto inoculado contenga parásitos; la inyección intravenosa de sangre con parásitos, es el procedimiento más rápido y seguro.

Cuanto más abundante en parásitos es la sangre que se inocula y más joven el perro inoculado, más grave será la enfermedad provocada y más rápida su marcha.

En todos los perros jóvenes (de dos á tres semanas) una gota de sangre abundante en parásitos basta para producir una enfermedad mortal; en los adultos se necesita inyectar 1 cent. cúb. para producirla con seguridad.

En los casos de inyección intravenosa la fiebre inicial aparece á los dos días; en este momento pueden descubrirse ya en la sangre de la circulación general algunos glóbulos con parásitos; si la inoculación se hace debajo de la piel ó en los músculos, la incubación dura de cinco á seis días.

En los casos agudos, la muerte sobreviene tres ó cuatro días después de la aparición de la enfermedad; los perros muy jóvenes tardan menos en morir, de treinta y seis á cuarenta horas.

Se trata, por consiguiente, de una enfermedad grave, aunque no es siempre mortal; los perros que curan se hacen refractarios; es posible inyectarles impunemente dosis de sangre virulenta que son mortales siempre para los testigos; esta inmunidad es á la vez sólida y durable; un perro, curado seis meses antes de una forma grave de la afección, sorportó sin molestia la inyección subcutánea de 5 cent. cúb. de sangre abundantísima en parásitos, de la que 10 gotas mataron en nueve días al perro testigo.

¿Cuál es el mecanismo de la curación? ¿Cómo consigue el organismo hacer desaparecer las miriadas de parásitos que han invadido los glóbulos rojos?

En la sangre de los enfermos en vías de curación se produce una fagocitosis activa; es frecuente descubrir en el líquido sanguíneo leucocitos gruesos mononucleares que se han apropiado dos, tres, cuatro y hasta seis glóbulos rojos infectados; sacrificando uno de estos perros para examinar los órganos, y sobre todo el bazo, se encuentran en cada campo mononucleares

llenos de glóbulos provistos de parásitos; los polinucleares no toman parte en esta fagocitosis tan activa.

Los mismos hechos se observan después de la inyección intravenosa de una gran dosis de sangre virulenta en un perro inmunizado; á los pocos minutos no se encuentra en la sangre de la circulación general un solo glóbulo con parásitos; existen, por el contrario, mononucleares voluminosos llenos de glóbulos infectados.

La piroplasmosis canina no es inoculable más que al perro. ¿Posee el suero de los otros mamíferos propiedades análogas á las del suero humano respecto al Nagana? No. Es posible inyectar á los perros viejos — los menos sensibles á la piroplasmosis — dosis considerables de suero de caballo, de buey, de carnero, de gato ó de conejo (son los únicos que hemos experimentado), sin aumentar su resistencia; contraen la enfermedad igual que los testigos, aunque el virus inoculado ha experimentado largo tiempo el contacto con el suero.

No sucede así cuando el virus que se inocula se mezcla con suero procedente de un perro curado de un ataque grave de piroplasmosis; el perro inoculado de este modo, aun con una dosis elevada de mezcla suero-virus, queda en buen estado; no es posible descubrir en su sangre parásitos.

¿Se ha hecho así el perro refractario á la enfermedad? No. Inoculado de nuevo á los pocos días, con una dosis menor de sangre virulenta, contrae la enfermedad y muere con igual rapidez que los testigos.

Podría creerse, que el suero inyectado á la vez que el virus, ha ejercido una acción preventiva pasajera. No es así; si se inocula el suero en un punto y la sangre virulenta en otro, el perro inoculado contrae la enfermedad igual que los testigos, aunque el suero se inyecte doce ó veinticuatro horas antes que el virus.

El suero de los animales curados posee, por lo tanto, la propiedad de destruir *in vitro* el *piroplasma bigeminum* ó de impedir su acción infectante; es comparable á los *sueros bactericidas*, tanto más, cuanto que, como ellos, se hace inactivo calentándolo á 56 ó 57° durante media hora, mientras que, según veremos, pueden obtenerse sueros preventivos que conservan sus propiedades á pesar de someterles durante más de una hora á la temperatura de 57°.

La acción microbicida del suero es mucho más acentuada y se ejerce con dosis bastante más pequeñas, cuando el perro de donde procede se ha inmunizado por inyecciones repetidas de sangre virulenta. Se observa también, aunque en menor grado, en los animales específicamente refractarios á los que se ha inyectado grandes cantidades de virus.

El suero de los perros curados no sólo es capaz de neutralizar la acción del virus, al que se ha mezclado antes de la inoculación; puede retrasar también de un modo notable y hasta impedir la acción del virus puro, cuando este virus se inocula doce ó veinticuatro horas después del suero; pero esta acción preventiva es muy ligera; para ponerla en evidencia, es preciso inyectar dosis considerables de suero.

Es posible obtener sueros mucho más activos, aumentando la inmunidad de los perros curados por las inyecciones repetidas á dosis progresivas de sangre virulenta; 15, 20, 25 y 30 cent. cúb. de suero, procedentes de un pe-

rro curado, sólo sirven de ordinario para retrasar la muerte, y en cambio, basta inyectar 5'3 y hasta 2 cent. cúb. de suero de perros hiperinmunizados para hacer inofensiva la inoculación virulenta que mata en cinco ó seis días los perros testigos.

Este suero puede ejercer, además, su acción inmunizadora cuando se inyecta á grandes dosis veinticuatro, treinta y seis y hasta cuarenta y ocho horas después de una inoculación virulenta que mata los testigos en cinco días; pero es al parecer impotente para impedir la muerte, si se espera para infectarle á que el examen de la sangre demuestre la existencia de los parásitos.

La inmunidad pasiva conferida por el suero, es inmediata, pero poco durable; hemos visto perros sucumbir á la inoculación virulenta practicada once días después de la inyección de suero; por consiguiente, la muerte, cuando sobreviene, no se observa hasta después de un largo retraso, y, casi siempre, los animales contraen una enfermedad benigna, de la que curan con rapidez y que les confiere una inmunidad activa, á la vez que perfecta y durable.

Desde todos estos puntos de vista, la piroplasmosis del perro se comporta como la mayor parte de las enfermedades microbianas. Es de esperar, por consiguiente, que ocurrirá lo mismo con las otras enfermedades de hematozoarios.—(*Bulletin de l'Academie*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 25 *de Junio de* 1902.

Coxa vara. — El Dr. *Broca*, á propósito del caso de coxa vara referido en la sesión anterior, dijo que, á su juicio, este caso es de origen traumático y debido probablemente á un desprendimiento epifisario. El término «esencial,» aplicado por Kirmisson á la coxa vara de los adolescentes, implica la falta de toda lesión patológica precedente; ahora bien, el origen de casi todos los casos conocidos ha sido el raquitismo ó un traumatismo. El término *coxa vara esencial* conviene más bien á la coxa vara, que reconoce por causa un vicio de conformación congénito del cuello del femur, según Broca ha observado varios ejemplos.

El Dr. *Kirmisson* respondió que, con el nombre de coxa vara esencial, ó si se quiere *primitiva*, ha querido designar sencillamente los casos de coxa vara en los que el aplastamiento del cuello femoral constituye la lesión única, y cuya causa se desconoce. El raquitismo y el traumatismo distan, en efecto, mucho de explicar todos los casos de coxa vara de los adolescentes, mientras que el primero se invoca con demasiada frecuencia en la patogenia de esta afección en la tierna edad. El Dr. Kirmisson ha observado un nuevo ejemplo desde la sesión última: se trata de una coxa vara, consecutiva indudablemente á un genu valgum doble.

El Dr. *Berger* manifestó que conviene distinguir la coxa vara secundaria consecutiva, por ejemplo, al raquitismo, de la primitiva ó esencial, que

debe considerarse como una enfermedad por sobrecarga. Esta es muy rara, y la primera, relativamente frecuente. El Dr. Berger sólo ha observado un caso de coxa vara de la adolescencia: era de origen traumático; el enfermo mejoró bastante por la extensión contínua prolongada.

Tratamiento de las anquilosis óseas por la interposición muscular. — El doctor *Quénu*, en un caso de anquilosis del codo consecutiva á una fractura, tuvo la misma idea que el Dr Nelaton; es decir, interponer entre las extremidades óseas, resecadas en bastante extensión, una capa de tejidos, tomados de la proximidad de la articulación y destinados á impedir la nueva anquilosis. En el caso particular, el ligamento anterior de la articulación del codo, desprendido del braquial anterior, es el que sirvió para cubrir la superficie de sección del húmero. El resultado fué excelente; en la actualidad, la enferma, una mujer joven, ha recobrado todos los movimientos de codo: su extensión y la flexión del antebrazo son perfectos.

El Dr. *Routier* citó dos ejemplos en los que, á pesar de una resección extensa, casi excesiva, por anquilosis articular, no tardó ésta en reproducirse: en uno de los casos se trataba de anquilosis doble de las dos caderas, de origen reumático; en el otro, de anquilosis del codo de etiología incierta.

El Dr. *P. Delbet* refirió otro caso de resección del codo por anquilosis consecutiva á una artritis blenorrágica, en la que la anquilosis se reprodujo á pesar de lo extenso de la resección. Todas las enfermedades que anquilosan las articulaciones no se asemejan, en efecto, desde este punto de vista; la que produce con más frecuencia la anquilosis es el reumatismo blenorrágico que expone, por decirlo así, fatalmente á la recidiva después de la resección. Al contrario, después de las resecciones en los casos de tuberculosis articular, hay grandes probabilidades de que quede movilidad anormal de la articulación. El Dr. Delbet cree que la interposición muscular aconsejada por el Dr. Nélaton es un procedimiento excelente y se propone emplearla.

El Dr. *Lucas-Championnière* no cree que sea preciso generalizar en demasía el procedimiento del Dr. Nélaton. En la cadera, donde conviene extirpar la menor cantidad posible de hueso, podrá aplicarse sin duda. Pero es al parecer supérfluo para las anquilosis del codo, por ejemplo, donde es posible evitar la recidiva de la anquilosis por medio de la resección extensa, seguida de la movilización precoz, desde el segundo ó el tercer día: en el codo no hay inconveniente en practicar estas resecciones, que el Dr. Routier ha calificado de excesivas.

El Dr. *Quénu* manifestó no estar conforme con la opinión del Dr. Lucas-Championnière. En dos casos de anquilosis del codo en los que hizo resecciones extensas seguidas de movilización precoz, no tardó en producirse la recidiva. Cree, por lo tanto, que el método del Dr. Nélaton es aplicable á todas las anquilosis de origen traumático ó inflamatorio; deben, sin embargo, exceptuarse las anquilosis por tumores blancos en los que la simple resección basta.

El Dr. *Tuffier* indicó el procedimiento que emplea para prevenir, en ciertos casos, la recidiva después de la resección por anquilosis articular. En las articulaciones simples, como la del hombro y la cadera, por ejemplo, en

vez de suprimir la cabeza del húmero ó del fémur, la secciona al rafe de la capa cartilaginosa, y luego, después de la resección más ó menos extensa de la epífisis del hueso, aplica de nuevo esta cabeza y la fija con un punto de catgut sobre la superficie de sección de la diáfisis, de modo que, la operación terminada, las extremidades óseas articulares se encuentran como antes, en contacto por superficies cartilaginosas. En tres individuos operados por este procedimiento, la anquilosis no se ha reproducido.

El Dr. *Poirier* objetó al Dr. Tuffier que su procedimiento no es aplicable más que cuando se conserva el revestimiento cartilaginoso en las extremidades óseas; en las anquilosis articulares está siempre destruído este revestimiento.

El Dr. *Tuffier* dijo que si bien en unas anquilosis las superficies articulares están destruídas, en otras, en cambio, se hallan casi intactas y sus lesiones recaen principalmente sobre los tejidos blandos periféricos de la articulación.

El Dr. *Kirmisson* apoyó la opinión del Dr. Tuffier, y por su parte, procura en lo posible en los niños practicar sólo la hemiresección, respetando el cartílago de una de las superficies articulares.

El Dr. *Berger* dijo que en la anquilosis consecutiva á la artritis hemorrágica, la interposición muscular aconsejada por el Dr. Nélaton no basta para prevenir la recidiva, porque, en este caso, la rigidez es más bien debida á las lesiones periféricas indicadas por el Dr. Tuffier.

Oclusiones intestinales por pequeñas bridas pericólicas.—El Dr. *Whalter* ha observado en muchos casos de epiploitis crónica consecutiva á la apendicitis, las bridas de que hablaba el Dr. Quénu. Eran sobre todo típicas en una mujer que operó y que presentaba alrededor de la parte media del colon transverso cuatro bridas pequeñas que comprimían el intestino; bastó seccionarlas para que desaparecieran por completo los trastornos dispépsicos que padecía la enferma. En otros casos estas bridas pericólicas dependen al parecer de la colitis crónica. Sin embargo, no debe atribuirse á la existencia de estas bridas los accidentes que padeció la enferma del Dr. Terrier, pues ésta nada de esto vió.

El Dr. *Terrier* manifestó que no podía discutir la patogenia del caso referido, porque le fué imposible explorar minuciosamente la región del ángulo cólico izquierdo. Todo lo que puede decir es que por delante de este ángulo el intestino estaba dilatado y por detrás aplastado, lo que prueba que la oclusión debía recaer en dicho punto. Como le era imposible atacar este ángulo por hallarse situado debajo del diafragma, abrió un «camino de travesía» entre el colon transverso y el descendente, obteniendo la curación que era lo que podía desearse.

Artritis supurada del pulgar.—El Dr. *P. Delbet* presentó un hombre que, á consecuencia de una caída, tuvo luxación y fractura complicada de la última articulación del pulgar. Este traumatismo ocasionó la artritis purulenta, y el dedo herido, cuando el Dr. Delbet vió al enfermo, parecía perdido irremisiblemente. Resecó, sin embargo, las extremidades articulares. El resultado superó las esperanzas. En la actualidad, tanto desde el punto de vista estético, como funcional, el pulgar de este individuo se halla en un estado que puede calificarse de excelente.

Separador vesical.—El Dr. *Bazy* expuso el resultado de la separación de la orina obtenido con el separador vesical de Luys en un caso de hidronefrosis inyectada, tratada por la nefrotomía, en el que se necesitó saber, á las pocas semanas de la operación, si el riñón operado vertía cierta cantidad de orina en la vejiga ó si toda la orina segregada seguía derramándose por el tubo de desagüe lumbar. El instrumento funcionó á la perfección y demostró que el riñón operado vertía en la vejiga una cantidad ínfima, casi nula, de orina.

Cálculo vesical formado alrededor de una horquilla.— El Dr. *Maunoury* dijo que al practicar la litotricia en una mujer observó que era imposible reducir completamente á fragmentos el cálculo á causa de la presencia de un cuerpo extraño que había servido, según toda probabilidad, de centro de cristalización. La radiografía demostró que el cuerpo extraño era una horquilla. El Dr. Maunoury practicó la talla hipogástrica extrayendo con éxito un cálculo vesical del tamaño de una nuez.

(*La Presse Medicale.*)—CODINA CASTELLVÍ

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 25 *de Junio de* 1902.

Tratamiento de la jaqueca por el arrhénal. — El Dr. E. CHAUMIER: Hijo y hermano de jaquecosos, jaquecoso yo mismo, he usado y abusado de todos los remedios que se aconsejan contra la jaqueca. Por consejo de un médico pariente recurrí al arrhénal. Principié el tratamiento á fin de marzo. Al poco tiempo los accesos fueron haciéndose más raros, y espero que si no desaparecen por completo, al menos me dejarán libre algunos días. Tenía, además, dolores en el hombro, que se han mitigado bastante. Lo más notable es que mis accesos de jaqueca no sólo se han hecho más raros, sino que me he sentido revivir. La neurastenia ha desaparecido, puedo trabajar y el trabajo no me fatiga.

Hipnopirina. — Los Dres. BOLOGNESI y CHARPENTIER: La hipnopirina es un derivado clorado de la quinina, que se presenta en forma de largas agujas prismáticas de color blanco nacarado, de sabor amargo y de olor, que recuerda algo el del cloro. Es soluble en ocho partes su peso de agua fría, muy soluble en agua caliente é insoluble en éter y cloroformo. Los ácidos minerales la disuelven con facilidad, sin que tome color ni aun á la ebullición; los alcoholes la descomponen.

Desde el punto de vista terapéutico, la hipnopirina es á la vez analgésica, hipnótica y antitérmica; produce la sedación del dolor y el sueño sin sudores profusos ni colapso, como los analgésicos de la serie aromática. Como es poco antitérmica, porque sólo rebaja la temperatura medio á un grado á la dosis de 50 centígramos á 1 gramo, tiene la ventaja de no trastornar las oxidaciones, fenómeno importante, porque la fiebre es, como sabemos, una de las mejores defensas del organismo.

Produce resultados excelentes en las pirexias infecciosas, como la gripe,

la fiebre tifoidea, las fiebres eruptivas, las anginas, las fiebres perniciosas de carácter hiperestésico. Es útil en las cefaleas, las neuralgias, el reumatismo, etc. Inofensiva para el estómago, ejerce un efecto tónico y aperitivo como la quinina, sin irritar el aparato digestivo.

Se administra en sellos de 25 á 50 centígramos, en píldoras de 10 á 20 centígramos, en supositorios; la dosis en las veinticuatro horas es de 1 á 2 gramos para el adulto.

La hipnopirina es completamente inofensiva.

Tratamiento de la enfermedad de Adisson por las inyecciones de extracto de cápsulas suprarenales. — El Dr. *Hirtz* refirió dos casos de enfermedad de Adisson, curada por la inyección del extracto de cápsulas suprarenales. En uno de estos enfermos, las lesiones tuberculosas pulmonares mejoraron con rapidez. En vista de estos resultados, el Dr. Hirtz ha empleado este tratamiento en otros tuberculosos, al parecer, con éxito.

Tratamiento de la sífilis por las inyecciones mercuriales. — El Dr. Jullien: Las inyecciones son preferibles á todos los demás medios, y el nombre de método de excepción, conviene más bien á los métodos antiguos, antes clásicos.

Las inyecciones solubles son útiles principalmente en las sífilis de mediana intensidad. El biyoduro en disolución oleosa es relativamente poco activo y mal tolerado. Las inyecciones de grandes dosis de suero biclorurado, que introducen de una vez 5 centígramos de bicloruro, son peligrosas y exponen á la intoxicación.

Los calomelanos obran con gran rapidez y son eficacísimos contra las lesiones antiguas rebeldes. El salicilato y el aceite gris son sucedáneos excelentes.—(*La Presse médicale*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 3 de Julio de 1902.

Parto en un útero didelfo. — El Dr. Bar: He observado recientemente un caso de útero didelfo. La enferma fué conducida á la clínica, porque el parto no terminaba. Al reconocerla descubrí dos hímenes y dos vaginas independientes por completo. Terminé el parto por una aplicación de forceps que rompió el tercio inferior del tabique bivaginal, ocasionando una hemorragia algo abundante. La palpación y el tacto permitieron entonces conocer que había dos úteros: uno á la derecha; otro á la izquierda vacío y de orificio interno cerrado. Nada de particular había presentado en su menstruación ni en su embarazo. Ocho días después de haber parido no había eliminado todavía la caduca del útero más pequeño. Esta mujer era de tipo braquicéfalo perfecto; su diámetro biparietal medía 15 centímetros y el occipitofrontal 17'5.

El Dr. Reynès: Se trata de una mujer eclámpsica, en la que se llegó, por la vagina, á una masa dura cubierta por la pared vaginal. Se creyó, ante todo, en un fibroma enclavado. En realidad era una cabeza á la que pudo

llegarse directamente por la segunda vagina. Se hizo una aplicación de forceps que rompió el tabique vaginal. A la palpación se descubrió un surco de separación perfecto entre el útero derecho grávido y el izquierdo vacío. La enferma tuvo en el puerperio 38° de temperatura, y fué preciso hacer inyecciones intrauterinas. En este caso, como en el del Dr. Bar, el diagnóstico de útero didelfo no se hizo hasta fin del embarazo; nada de anómalo ocurrió durante las relaciones sexuales ni durante la gestación.

El Dr. Bonnaire: He observado un caso idéntico hace dos meses. Al principio se diagnosticó fibroma pediculado reblandecido. Esta mujer parió á los ocho meses, y, fenómeno curioso, el feto salió por la vagina derecha (lado grávido), y la placenta fué expulsada por la izquierda (lado correspondiente al útero vacío). Este hecho se explica por la existencia de una desgarradura en la parte superior del tabique bivaginal. En las doce horas que siguieron fué expulsada la caduca del útero izquierdo. Lo curioso fué que este útero presentó signos manifiestos de infección: dolor, flujo loquial, fiebre, hasta tal punto que tuve que emplear la cucharilla y el escobillón, y hasta creí que sería preciso practicar la histerectomía sólo del útero infectado. Conviene advertir que esta mujer parió dos veces consecutivas en ocho meses; de modo que hay motivos para preguntar si la mala repartición de la musculatura uterina, consecuencia del vicio de conformación, será una causa de parto prematuro.

Rotura del cordón umbilical en el parto en pié.—El Dr. Maygrier: Se trata de una mujer que parió en pié á la puerta del hospital, y á la que se rompió el cordón umbilical por la inserción placentaria; casi todo el amnios fué arrastrado por el cordón. Creo que en los casos de este género el cordón suele romperse, no cuando la criatura es expulsada, porque entonces la mujer se pone instintivamente en cuclillas, sino al levantarse estando el feto en tierra. En el caso de que se trata, la mujer era sifilítica y la criatura, que nació muerta, tenía hipertrofia del bazo y carencia de la bóveda palatina y del velo del paladar.

El Dr. Bouchacourt: Este mecanismo de la rotura del cordón umbilical se observa con frecuencia en ciertas hembras de los animales domésticos. Los autores de obstetricia veterinaria, y entre ellos Rainard, han observado, en efecto, que paren casi siempre echadas, pero que se levantan inmediatamente después del parto. El cordón se rompe por arrancamiento bajo la influencia de esta tracción brusca y violenta al levantarse de pronto la madre.

Infiltración rara de aire en el escroto.—El Dr. Maygrier: La autopsia del niño á que me refiero, explica el fenómeno verdaderamente extraordinario de la aparición de aire en la túnica vaginal á consecuencia de las tentativas de insuflación pulmonar, hechas en las condiciones ordinarias Había desgarradura del árbol traqueal y de la pleura parietal que estaba desprendida. El aire pasaba al tejido celular subpleurítico, después al subperitoneal, sin duda por una hernia diafragmática que existía. Había aire alrededor de los riñones, en la excavación pelviana, á lo largo del psoas y en la túnica vaginal.

Infiltración purulenta del cuello en la infección puerperal. — El Dr. Cheron: Se trata de una mujer que parió en casa de una matrona, y á la que no se

prestó asistencia alguna, aunque las membranas estaban rotas hacía ocho días. Esta mujer ingresó en la Clínica en estado de infección avanzada, con ictericia, infarto del bazo, escalofríos, temperatura elevada, etc. Murió á los pocos días, á pesar del tratamiento empleado: raspado digital, limpieza con el escobillón, inyecciones uterinas, suero, etc. En los diversos reconocimientos que hice á esta enferma, llamó mi atención la retracción del cuerpo uterino y el abultamiento edematoso del cuello. A la autopsia se descubrió infiltración purulenta del cuello del útero; el cuerpo parecía sano. En el ligamento ancho había gruesos paquetes venosos. Esta localización del pus en el espesor del cuello no es favorable á las tendencias quirúrgicas actuales. Es indudable que si se hubiera practicado la histerectomía dejando el cuello, la intervención hubiera sido irracional en absoluto. En los casos de este género, la simple ablación total del cuello sería una operación completamente radical. Por desgracia, estos hechos son, al parecer, de diagnóstico difícil, sobre todo por su rareza.—(*La Presse medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 *de Mayo de* 1902.

Aspirina y dializado de digital.—El Dr. Görges: Desde enero de 1900 vengo empleando la aspirina en vez de los preparados usuales de ácido salicílico y he observado que tiene sobre ellos la gran ventaja de que apenas se manifiestan los efectos accesorios de dicho ácido, pudiendo continuarse por mucho tiempo con el uso del nuevo medicamento sin que se presente ningún trastorno. Así, v. gr., he podido estarlo administrando sin inconveniente alguno á la dosis de 1 gramo, repetida tres veces al día y durante tres meses, á un niño de ocho años.

Las indicaciones de su empleo son todas las afecciones reumáticas, tanto las articulares como las de las grandes serosas, las neuralgias, etc. También me ha prestado buenos servicios en los ataques agudos de gota, y lo mismo en el corea menor; en esta última enfermedad doy la aspirina á la dosis de 1 gramo, repetida tres veces al día, y por espacio de tres días seguidos; después suspendo el medicamento otros tres días, y luego lo administro cinco, continuando así mientras se juzga necesario. De este modo he tratado 10 casos de corea y he conseguido la curación en varios casos hasta en un plazo de tres á cuatro semanas, siendo así que antes habría sido necesario para ello varios meses.

Los dializados de Golaz son extractos acuoso-alcohólicos preparados con plantas frescas, los cuales, mediante titulación, se obtienen siempre con el mismo grado de concentración. El dializado de digital tiene, muy especialmente y en contra de otras preparaciones de digital, la ventaja de que se mantiene con el mismo grado de eficacia durante todo el año, y por consiguiente es más segura su dosificación. En los niños de tres á cuatro años doy tres á cinco gotas tres veces al día, y en los de más edad de cinco á diez gotas. El efecto es el de un buen preparado de digital.

El Dr. Ewald: Confirmo los buenos resultados que también se obtienen con la aspirina en los estados nerviosos de todo género. La ventaja principal del medicamento consiste en que, aun empleado á grandes dosis, produce efectos accesorios desagradables menos marcados que otros preparados de ácido salicílico. En el reumatismo articular, para favorecer la acción de la aspirina, someto á los pacientes á la dieta láctea absoluta.

Gracias á las investigaciones de Fränkel, que trató de averiguar la dosis mínima con que se obtiene la parálisis en sístole del corazón, empleando distintos medicamentos cardíacos, sabemos que la actividad de la digital varía extraordinariamente. De aquí que sea muy satisfactorio saber que los dializados de digital son preparaciones de eficacia uniforme. Lo único que también convendría averiguar es por cuánto tiempo se conservan sin alteración.

El Dr. Sénator: También estoy muy satisfecho de la aspirina. Respecto al dializado de digital, lo conceptúo preferible á otras preparaciones de este medicamento, por más que sigo creyendo que la digital dada bajo la forma de polvo ó de infusión, sigue siendo el mejor preparado de este tónico cardíaco.

Sobre las inflamaciones agudas de la amígdala faríngea.—El Dr. H. Beckmann: La inflamación aguda de la amígdala faríngea es una enfermedad bien caracterizada, en la que se hincha dicha amígdala hasta el punto de obstruir por completo el espacio nasofaríngeo, cubriéndose la amígdala de moco y pus, y dando origen de ese modo á un cuadro morboso igual en un todo al de la angina lagunar. La inflamación se propaga á veces lo mismo á la nariz, dando origen á supuraciones de los senos adyacentes, que á los oídos. Si á un niño que padece de uno de estos corizas se le extirpa la amígdala faríngea, se consigue con ello que desaparezca también de pronto dicho coriza. De la misma manera, siempre que nos hallemos en presencia de una afección del oído medio, debemos fijarnos en el estado de la amígdala faríngea y dirigir nuestra intervención á este órgano si así lo juzgamos necesario. También atribuyo á la amígdala faríngea parte de las parálisis faciales de naturaleza reumática.

En casos de reuma articular recidivante en que no estaban enfermas las amígdalas palatinas, encontré muchas veces que estaba inflamada la amígdala faríngea, observándose, además, que no dejaban de presentarse nuevas recidivas hasta que se extirpaba este órgano. También le atribuyo una significación igual ó parecida en el desarrollo de otras enfermedades infecciosas. Donde parece tener una importancia muy especial dicho órgano, es en el desarrollo de la tuberculosis; en efecto, desde él pasan los bacilos tuberculosos á la corriente linfática para depositarse en los ganglios, pudiendo suceder muy bien, cuando estos ganglios experimentan un proceso de involución en la época de la pubertad, que sean nuevamente arrastrados los bacilos por la circulación linfática y den origen de ese modo á una tuberculosis pulmonar.

El tratamiento de la inflamación aguda de la amígdala faríngea, consiste en el empleo de polvos estornutatorios y en la separación de los productos segregados, recurriendo para ello á los gargarismos. Sólo está indicada una operación en los casos en que existe una complicación auditiva.

Para evitar las recidivas, el mejor procedimiento de todos es la extirpación del órgano tantas veces mencionado; pero en este caso, la operación debe practicarse de manera que con la amígdala se extirpe también el fibrocartílago basilar.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 *de Mayo de* 1902.

Ectopia vesical y epispadias tratados por medio de la operación. — El doctor R. FRANK: Aquí presento un sujeto de veinte años, que fué operado hace cuatro, según el procedimiento de Maydl, por padecer ectopia vesical y epispadias. Se le extirpó la vejiga, el trígono, con los dos uréteres, se implantó en un ojal de la flexura, y la herida abdominal se cerró por completo, consiguiéndose la curación sin ningún trastorno y quedando el sujeto con una continencia vesical completa. Posteriormente se corrigió el epispadias del pene, mediante una operación autoplástica, con la que se obtuvo desde luego un éxito completo, pudiéndose realizar sin ningún inconveniente la cohabitación y la eyaculación. Al ponerse en erección el pene, adquiere la longitud de más de un dedo, se encorva hacia arriba, y el coito y la eyaculación se realizan cumplidamente.

La continencia que se consiguió en un principio, padeció, por cuanto que hay ahora ocasiones en que si el sujeto no se despierta á tiempo, moja la cama. Durante el día, la continencia es completa, evacuando la orina tres ó cuatro veces, mezclada casi siempre con algo de excremento.

Lo que hace más instructivo este caso es el hecho de que en él no ha habido ninguna manifestación que induzca á pensar en una uretritis ascendente y en una pielitis. Este sujeto está muy vigoroso, con aptitud completa para trabajar, hace largas caminatas y se siente completamente bien. No tiene dolor de ninguna clase en la región renal, ninguna molestia en el recto, ni padece nada de tenesmo. En la región anal no se manifiesta la menor alteración. Está extraordinariamente satisfecho con su estado, y recuerda con horror la situación en que se encontraba antes de ser operado.

El Dr. EISCHSBERG: En ocho casos de ectopia vesical, he practicado la implantación de los uréteres por el procedimiento de Maydl; cinco casos se curaron, tres terminaron funestamente. De estos tres últimos, en dos fué la causa de la muerte una falta técnica (saltarse las suturas), y en uno fué debida á que cada ureter fué implantado aisladamente, ó sea sin esfínter, y á causa de esto no se pudo impedir el desarrollo ulterior de la inflamación ascendente. De los cinco casos curados, hay que mencionar dos en los que la curación se sostenía al cabo de dos y de cinco años respectivamente.

En mi opinión, la implantación de los uréteres es hasta ahora el mejor tratamiento de la ectopia vesical, pero también quizá el más grave de todos.

El Dr. FRANK: Yo he operado tres casos de ectopia vesical: el que acabo de presentar, otro joven casi de la misma edad, que operé hace tres y medio años y del que he tenido noticias hasta hace un año, y por último, en el otoño pasado, un niño de unos cuatro años.

En todos estos tres casos fué notable el éxito primitivo. Al niño no lo he vuelto á ver. El método empleado fué el mismo en los tres casos: en vez de emplearse el desagüe, se cerró el abdomen lo mejor posible.

Escaras múltiples.—El Dr. Ehrmann: Aquí traigo un sujeto que presenta en los hombros y en la nuca escaras negras distribuídas de un modo bastante uniforme, de un tamaño que varía entre el de un punto y el de una lenteja ó mayor aún, de forma perfectamente redonda, siendo de notar que algunas van acompañadas de inflamación y otras no. Las cicatrices redondas y bien limitadas que dejan, aparecen deprimidas, algunas de ellas blancas y otras todavía hiperémicas.

Desde hace cuatro años, he visto varios de estos casos. Al principio su diagnóstico fué difícil, haciendo pensar la distribución uniforme de las escaras en un exantema seguido de necrosis. El caso se distingue de una sífilide pustulosa por el hecho de que no se ve ninguna infiltración papulosa, ni sola ni alrededor de las costras. En lo que mejor se podía pensar como causa del mal, era en algún líquido cáustico que hubiera salpicado la piel, y en efecto, á fuerza de indagar resultó que los seis casos que he visto hasta ahora, recaen en sujetos que cargan con sacos de barrilla en los muelles del Danubio. En la barrilla, y sobre todo en la obtenida por electrolisis, quedan cristalitos de sosa cáustica, los cuales, atravesando la tela del saco y las ropas del obrero, se ponen en contacto con la piel húmeda de éste y la cauterizan. Donde se observa este hecho en mayor escala es en los sujetos que para simular enfermedades humedecen trocitos de «piedra de lejía», los envuelven en una pieza de lienzo y con ellos producen unas placas redondas, y al parecer gangrenosas, que si la operación se hace con habilidad, pueden muy bien inducir á un diagnóstico equivocado. Sólo en algunos casos se corre en forma de rayos un poco de la disolución, produciéndose así estrías de cauterización que con facilidad revelan que se trata de una lesión simulada. La comprobación química del álcali se hace generalmente imposible, porque los simuladores aplican fomentos de acetato plúmbico ó de acetato alumínico.

El Dr. Kreibich: En las curas con jabón blando se producen alguna que otra vez esas necrosis circunscritas, las cuales son producidas, sin duda alguna, por particulitas de potasa cáustica que contiene el jabón medicinal.

Fisiología de los órganos accesorios del simpático y de los grupos celulares cromoafines.—El Dr. A. Biedl: Zuckerkandl ha descubierto en el espacio retroperitoneal de los recién nacidos y de embriones, órganos que parecen estar constituídos por aquellos elementos celulares que se designan como cromoafines y que se deben interpretar como parte especial del sistema nervioso del simpático. Como quiera que estos órganos hallados por Zuckerkandl, tienen por su estructura grandísima semejanza con la llamada substancia medular de las cápsulas suprarrenales, era de esperar que sus funciones fisiológicas se parecieran también al del extracto de estas últimas. Con objeto de comprobarlo el Dr. Josef Wiesel y yo, hemos practicado inyecciones intravenosas con extractos obtenidos á expensas de los órganos accesorios del simpático. Dichos órganos los hemos tomado de cadáveres de niños recién nacidos.

Los resultados de nuestras investigaciones son los siguientes:

Los órganos cromoafines producen, en inyecciones intravenosas, aumento de la presión sanguínea, lentitud del pulso, y de cuando en cuando arritmia ó sea efectos iguales á los que se obtienen con el extracto suprarrenal. Dedúcese de esto, que la acción de este extracto es debida única y exclusivamente á las células cromoafines, ó sea á la substancia medular, pero no representa lo esencial de la acción de las cápsulas suprarrenales, puesto que todas las células cromoafines producen el mismo efecto. La zona de la cápsula suprarrenal que tiene verdadera importancia para la vida, es la cortical. Según esto, hay que distinguir la función propia de las cápsulas suprarrenales, y que hasta ahora es bastante desconocida, de la función que compete á las células cromoafines.

Los órganos accesorios de Zuckerkandl estarían encargados durante la vida embrionaria de las funciones de la porción renal del sistema nervioso, puesto que se diferencian muy pronto del simpático y la substancia medular de las cápsulas suprarrenales se desarrolla principalmente en el período post-embrionario, según lo ha demostrado Wiesel. Además, en la misma proporción en que se va formando la substancia medular, va produciéndose una degeneración regresiva en los órganos accesorios cromoafines.

R. del Valle.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 26 *de Febrero de* 1902.

Tuberculosis peritoneal.—El *Dr. Kisel* refiere que en diciembre de 1901 ingresó en el Hospital de Santa Olga un niño por un considerable abultamiento del abdomen. En la exploración se encontró que toda la mitad inferior del mismo estaba ocupada de un cuerpo prolongado tuberoso, consistente, casi inmóvil, algo sensible á la compresión. Líquido no había y tampoco engrosamiento del peritoneo superior. En los restantes órganos internos no se encontró ninguna alteración. El niño era muy demacrado, pálido, algo febricitante. Según decían los padres, la afección presente empezó hacía dos meses á consecuencia del sarampión. El diagnóstico vacilaba entre un tumor maligno y tuberculosis caseosa de los ganglios mesentéricos; á pesar del mal pronóstico, los padres asintieron á una laparotomía exploratoria, resultando que la cavidad peritoneal estaba obliterada, hallándose entre las asas intestinales muchas masas amarillentas muy consistentes. La operación se limitó á la simple incisión de la pared anterior del abdomen 3 á 4 centímetros. La herida se cicatrizó por primera vez. La investigación de un pedacito de peritoneo, demostró la presencia de tuberculosis. Después de la operación, el niño mejoró rápidamente y el tumor fué disminuyendo. Este caso presenta gran interés en el concepto del diagnóstico y pronóstico.

Mixœdema.—El Dr. *Mijailof* presenta un niño de un año y diez meses, que fué llevado al Dispensario del Hospital de Niños de Santa Olga el 25 de enero, diciendo la madre que el niño tiene trastornos intestinales y ha quedado rezagado en su desarrollo intelectual, al punto que le es superior en

este concepto su hermanito, que no tiene más que seis meses. De la anamnesia, resulta que el padre, que tiene treinta y seis años, ha bebido mucho durante los últimos seis años, y que también bebía mucho el abuelo, tanto el paterno como el materno, dos hermanas de la madre murieron tísicas. La existencia de sífilis se niega. De siete hijos, quedan tres vivos. El niño presente, el sexto, nació á término, y durante los primeros meses nada llamó la atención sobre él; pero en el séptimo, notáronse ataques de eclampsia, que durante cuatro meses se repitieron dos veces por semana, acompañándose de pérdida del conocimiento. El verano pasado, el niño sufrió diarrea y enflaqueció; pero en otoño volvió á engordar. No ha aprendido á andar. Pesa 9550 gramos; tiene 81 centímetros de largo. Pulmón y corazón normales; bazo impalpable; el hígado sobresale en dos dedos. Hay pronunciados fenómenos de raquitismo y cabeza grande y con tuberosidades; fontanela grande, no del todo cerrada; pecho de forma irregular; el entrecejo muy hundido; piel pálida y seca. Mucho tejido adiposo, sobre todo en la barba y la parte superior del pecho; la glándula tiroidea impalpable. Hay cuatro dientes. Las venas de la cara fuertemente dilatadas. La lengua algo abultada, saliendo la punta. Cabellos raros, bordes de las orejas girados hacia atrás, voz grosera. Extremidades frías al tacto. El atraso psíquico es muy marcado, el niño no habla nada, no conoce á las personas que le rodean, reacciona con languidez contra los objetos, pero no es apático; no da la mano, pero le gusta tocar las cosas, sobre todo, las brillantes metálicas. Diagnosticando mixœdema se le administra la tiroidina, una tablilla al día; en los quince días que las va tomando parece que ha enflaquecido un poco, otras alteraciones no se notan.

Tumores benignos del tubo intestinal infantil.—El Dr. *Eguis* dice que entre los raros tumores benignos intestinales, sobre todo, de los niños, los más frecuentes son los pólipos rectales. Entre los 330.000 niños que en quince años se presentaron en el dispensario del Hospital de Santa Olga, hubo 30 casos, ó sea 1 por 10.000. El síntoma más frecuente son las hemorragias, ya espontáneas, ya consecutivas á la defecación. El tratamiento consiste en la extirpación, mediante la ligadura ó las pinzas. Más rara vez, observánse adenomas, fibromas, lipomas, papilomas, miomas y angiomas. Distínguense adenomas planos y polipoides; se hallan más á menudo en el recto que en las otras porciones del intestino; proceden de las glándulas de Lieberkühn ó de las de Brunner. Los fibromas, lipomas y papilomas proceden de la submucosa intestinal, representan proliferaciones de la mucosa, y se encuentran á veces después de catarros crónicos y disentéricos; se sitúan en el recto y en el colon, rara vez en el instentino delgado. Los miomas y fibromiomas proceden ó de la túnica muscular al intestino ó rara vez de la capa muscular de la mucosa. Distínguense miomas internos polipsos que empujan delante de sí la mucosa sin adherirse á la misma, y externos que crecen en la cavidad abdominal. Angiomas se encuentran rarísima vez, desarrollándose en la superficie; más á menudo se presentan como telangiectasias.

Estos tumores, muchas veces, no causan otros síntomas que hemorragias anales; también pueden estrechar y hasta obstruir por completo la luz del intestino, y dar origen á invaginaciones por aumento de peristaltismo á con-

secuencia de la irritación de las paredes intestinales por la presencia del tumor. El tratamiento consiste en la extirpación por el ano, si es posible, y si no por la laparotomía y resección del intestino; cuando no esté indicada la operación radical, se practica la enteroanastomosis ó el ano preternatural. En una niña de once años que había ingresado en el departamento interno del Hospital de Santa Olga, por dolores en el abdomen y vómitos, y en cuya exploración no se encontró nada anormal, se hizo la laparotomía que tampocó reveló la causa del mal; continuando éste se procedió á una segunda operación tres semanas después de la primera, descubriéndose entonces un tumor del volumen de una mandarina en el intestino delgado, sesil, sobre un pedículo grueso, á raíz del cual fué ablacionado, se desarrolló una peritonitis y la niña murió á los cuatro días; en la autopsia se vió que el tumor había estado á 120 centímetros por arriba de la válvula ileocecal y que era un fibromioma.

Hemoglobinuria paroxísmica «a frigore». — El Dr. *Kvasovoy* refiere que en enero de 1900 ingresó en el Hospital de Santa Olga un niño de diez años, quejándose de orina sanguinolenta y una erupción cutánea, sobrevenidas después de permanecer algún tiempo al aire frío. El examen de la orina reveló la presencia de hemosferina disuelta y la ausencia casi completa de eritrocitos. El niño está enfermo desde hace ocho años; su madre tuvo sífilis, el padre está flaco y enfermizo, no hubo tuberculosis ni reumatismo en la familia. Es el quinto hijo, el tercero después de la infección de la madre, nació limpio y de término, tomó el pecho de la madre año y medio, tuvo sus dientes á los dos años, empezó á andar en el tercero, hace cinco años estuvo en el Hospital con fenómenos de sífilis (entonces se notó hemorragia bucal); otras enfermedades serias no hubo hasta su segundo ingreso en el Hospital por causa de la sangre en la orina. Se le exploró detenidamente.

Los órganos respiratorios y circulatorios se hallaron normales; bazo é hígado sin abultamiento; se notó un engrosamiento uniforme de los huesos de la pierna y del antebrazo; entrecejo hundido y palidez de los tegumentos externos. Los ataques sobrevenían después de exponerse al aire helado ó después de baños fríos, que se le dieron dos veces para obtener orina encarnada, siendo el invierno muy blando; durante un fuerte ataque, la temperatura se elevó á 38°,5, hubo escalofrío, malestar general, urticaria, abultamiento del bazo y del hígado, hasta quedar palpables. La orina emitida durante el ataque, era desde luego roja obscura, con gran cantidad de sales, densidad 1026'30, con albúmina de cantidad correspondiente á la hemosferina; bajo el microscopio encontráronse cilindros hialinos, epitelios renales, filamentos fibrinosos y mucosos; las porciones siguientes de orina ya no contenían albúmina ni hemosferina, pero su densidad continuaba alta (1023'26) y se mantenía á 1020; la cantidad de la orina oscilaba entre 600 y 800 cm³ al día; en la sangre se notaba durante el ataque una disminución de los eritrocitos (de 5.120.000 á 3.800.000), volviendo á subir en seis días á 4.890.000; no se observó ninguna alteración pronunciada en la forma de los corpúsculos rojos.

Atribuyéndose la hematuria á sífilis congénita, se instituyó un tratamiento específico con mercurio al exterior y yoduro sódico al interior, sin régimen especial y sin confinar al enfermo á la cama; á las tres semanas se ob-

servó el último ataque después de un paseo de cuatro horas, y tres semanas más tarde se dió el alta, persistiendo tan sólo la palidez de la piel, á pesar del buen estado de la nutrición general. La orina era ácida, sin albúmina, clara, densidad 1012.

Han pasado dos años, y se sostiene el buen efecto del tratamiento específico; no hubo más hematuria, á pesar de ir el niño cada día al colegio en bicicleta y sufrir muchas veces frío. Exploré al paciente después de un prolongado paseo á 6° bajo 0; en la cara, unos pocos puntitos de urticaria; bazo é hígado un poco entumecidos á la percusión, impalpables; orina clara, ácida, sin albuminuria ni azúcar, densidad 1013; no se encuentra anomalía alguna, y el joven se siente perfectamente bueno.

(*Dyétskaya Meditsina*).—G. Sentiñón

PERIÓDICOS

Sucedáneo del suero de Trunecek. — El suero de Trunecek se compone de:

Sulfato de sosa		44 centígramos.
Cloruro sódico	4 gramos	92 --
Fosfato de sosa		15 —
Carbonato de sosa		21 —
Sulfato de potasa		40 —
Agua destilada	C S (para formar 100 cc).	

Para evitar los inconvenientes de este suero el Dr. Levi recomienda la preparación siguiente:

Cloruro de sodio		10 gramos.
Sulfato de potasa		1 —
Fosfato de cal	aa.	75 centígramos.
— de magnesia		
Carbonato de sosa		40 —
Sulfato de sosa		30 —

Disuélvase en 12 sellos. Para tomar uno en ayunas disuelto en una cucharada de agua.

Con esta medicación ha obtenido mejoría en un caso de paraplegia espasmódica incompleta, en una claudicación cerebral que simulaba la parálisis general, en una cefalea rebelde de tres años de duración, en un caso de zumbidos de oídos y en un enfermo que padecía insuficiencia aórtica con crisis de disnea nocturna. — (*Bull. medical*). — F. Toledo.

Tratamiento de la peritonitis aguda, teniendo en cuenta, sobre todo, la apendicitis seguida de perforación. — El Dr. Byron Robinson, de Chicago, entiende que lo esencial en la peritonitis aguda es el reposo anatómico y fisiológico.

Para conseguir el primero basta generalmente con el instinto del sujeto, puesto que los dolores le obligan á permanecer tranquilo y en decúbito dorsal, de modo que se relajen los músculos abdominales y en especial el psoas.

Para obtener el reposo fisiológico tiene que intervenir el médico, y las prescripciones más adecuadas al objeto son, según el autor, las siguientes: 1.ª Prohibición absoluta de toda ingestión de alimentos, incluso los líquidos; si hay vómitos, lavado del estómago. 2.ª Prohibición absoluta de todo movimiento, especialmente al defecar ó al orinar. 3.ª Cada dos á cuatro horas, dosis cortas de morfina. 4.ª Aplicación de hielo, ó por el contrario, de calor al vientre. 5.ª Calmar la sed con enemas de agua y humedeciendo los labios. 6.ª Alimentación exclusiva por el recto. 7.ª Prohibición absoluta de purgantes.

Donde está más indicado este plan terapéutico es precisamente en la forma de peritonitis más frecuente y á menudo más insidiosa, ó sea aquella cuyo origen es una apendicitis.

Todo debe tender á que el proceso se limite á la porción cólica del peritoneo, donde se produce fácilmente una formación de exudados y son escasos los estomas linfáticos, si se compara con las regiones del intestino delgado y del diafragma. El medio mejor de evitar que la inflamación se propague á estas regiones peligrosas, consiste en disminuir el movimiento peristáltico, para lo cual sirven muy bien los preceptos que aconseja el autor, el cual termina su trabajo diciendo: «la peritonitis salva, la sepsis con absorción mata».—(*Therapeutic Gazette*).— R. del Valle.

Suero yodurado. — El Dr. E. Luton dice que agregando al suero artificial de A. Luton el 10 por 100 de yoduro sódico, resulta una preparación de gran utilidad para los casos en que están indicados los yoduros. Este suero se formula como sigue:

Fosfato de sosa		5	gramos.
Sulfato de sosa	aa.	10	—
Yoduro de sodio			
Agua destilada		100	—

La inyección de este suero, que es algo dolorosa, se hace en la región trocanteriana y á más profundidad que de ordinario, para evitar que se forme una nudosidad. Se inyectan cada ocho días 2 cent. cúb. de suero y en los casos leves sólo 1. Su empleo está indicado principalmente en el reumatismo crónico, en el que se obtiene la desaparición persistente de los dolores con 2 ó 3 inyecciones, en ciertas formas de ciática crónica y de escrofulosis ganglionar, en la arterioesclerosis y hasta en la tuberculosis.

(*Union medicale du Nord-Est*). — F. Toledo

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

VALOR SEMEIOLÓGICO DE LA HEMATURIA EN LAS NEOPLASIAS VESICALES

Á PROPOSITO DE UN CASO NOTABLE DE PAPILOMA

POR EL

DOCTOR DON EDUARDO MINGUEZ VAL

Médico primero de Sanidad Militar

La hematuria es ciertamente uno de los principales síntomas, quizás el más importante de los que caracterizan los padecimientos del arbol urinario. Testigo de mayor excepción, engaña pocas veces, no engaña nunca si sabemos comprenderlo, si interpretamos bien lo que nos dice, si tenemos la costumbre de darle la importancia que merece, tanto por sí solo como por las circunstancias que lo acompañan. Desprendiéndose de la historia clínica, objeto de estas líneas, útiles enseñanzas prácticas, tanto por los errores como por las acertadas indicaciones á que en ella ha dado lugar la falsa ó verdadera interpretación de este síntoma, me parece útil echar una rápida ojeada sobre el valor semeiológico que pueda tener la presencia de la sangre en la orina, según las circunstancias en que se presente, las perturbaciones que le precedan y acompañen ó persistan á su desaparición; síntoma que en algunos casos parece tener poca importancia y no decir nada que ayude á formular el diagnóstico; en otros hace, desde luego, pensar con certeza en la lesión que buscamos, siendo en todos señal de alarma, manifestando que algún órgano del aparato sufre un proceso más ó menos serio sin relación muchas veces entre el pronóstico de la lesión y la intensidad de la hemorragia.

Convencidos de que un enfermo sangra por su aparato urinario y de que se trata de una hematuria y no de una metrorragia, nos toca averiguar de qué lugar viene la sangre y cuál es la lesión que la pro-

duce, es decir, qué organo del aparato sangra y por qué sangra. Muchas veces vienen acompañando á este síntoma, otros, que con las circunstancias especiales de cada enfermo, dicen bien claro que aquél padece una cistitis, un cálculo, etc., y que aquella sangre surge, por consiguiente, de la vejiga; pero ocurre á veces, como en el caso que motiva estas líneas, que el enfermo en completa salud, sin ningún antecedente patológico ni síntoma alguno que le haga fijar la atención en su aparato urinario, ve de improviso que orina sangre, y estas micciones de variable duración, que sin anunciarse han venido, del mismo modo desaparecen, volviendo entonces la tranquilidad al enfermo que, si al ver sus orinas sanguinolentas se alarmó y dió importancia al síntoma, se la quitó luego al reaparecer la orina espontáneamente con su normal color ambarino.

El aislamiento del síntoma que se presenta solo, sin dolor, sin poliuria, sin disuria ni polaquiuria, que persiste sin provocar trastorno alguno y desaparece sin dejar la menor traza de su paso, es lo que le da siempre un grandísimo valor, un valor casi patognomónico. Este es el caso en que tenemos el deber de fijar más nuestra atención en el enfermo, y no nos engañaremos en semejantes circunstancias al pensar en una neoplasia, con más motivo aún si á los seis ó más meses de esa primera hematuria aparece otra en las mismas condiciones y sin acompañamiento de otros síntomas, porque estas hematurias aisladas, sin acompañamiento sintomático alguno, revelan siempre la existencia de un neoplasma, y cuando ésta no se comprueba, el error procede del desconocimiento de otros síntomas que, sin duda, acompañaron á la hematuria y fueron tan insignificantes, al parecer, que pasaron desapercibidos; desconocimiento que nos hizo dar á la hematuria un valor semeiológico que sólo adquiere cuando aparece real y verdaderamente como síntoma aislado.

Para que esto no ocurra, es menester proceder á una examen metódico de la orina y del enfermo. El color de la orina no indica nada respecto al origen de la hemorragia, puesto que depende siempre de la mayor ó menor cantidad de sangre que contenga; pero por el reposo de una de estas orinas, se obtienen en ella dos zonas, una superior, líquida, sanguinolenta, cuyo estudio no da ningún dato para el diagnóstico, y otra inferior, formada por elementos anormales, de estudio útil, cuyo conocimiento nos aporta dos datos que pueden presentar verdadero interés. En efecto, el depósito puede ser purulento, estriado de sangre y presentar los caracteres particulares tan bien estudiados por Guyon en las supuraciones de la vejiga, ó bien

puede contener coágulos fusiformes, delgados, más ó menos largos, con todos los caracteres de los coágulos uretéricos, que, aunque raros, suelen encontrarse.

Pero como este examen macroscópico no es suficiente para formular diagnóstico, hemos de explorar en seguida al enfermo; así, si coinciden esas hematurias con dolor de peso en los riñones y uréteres, dando entonces el enfermo sus orinas claras, no es dudoso ver que lo que sangra es un riñón ó un ureter, y que obstruído este conducto temporalmente, hay un exceso de tensión renal que ocasiona el dolor. No dejando la obstrucción pasar á la vejiga, la orina del riñón enfermo, recibe el reservorio solamente la del sano no obstruído, y clara, completamente normal como la recibe, así la expulsa; este caso es efectivamente raro, y lo más frecuente es que la hematuria no tenga estas intermitencias aparentes, sino que, presentándose en cada micción, sea inicial, total ó terminal.

Si la sangre se presenta en las primeras porciones de la orina expulsada, la lesión está en la próstata ó cuello de la vejiga; si la hematuria es total, difícil es averiguar entonces cuál es el órgano que sangra, á menos que no se presenten alguna vez orinas claras que luego se hagan sanguinolentas, y en éstas comprobemos la existencia de los coágulos sanguíneos alargados, vermiformes, de diversa longitud y que no son más que el molde del ureter obstruído durante algún tiempo, y por último, si es terminal la hematuria, lo probable es que la hemorragia sea vesical; de todo lo expuesto, se deduce que si en algunos casos, ante el síntoma hematuria, es fácil averiguar de dónde viene esa sangre, en la inmensa mayoría hemos de apelar al citoscopio, al separador de orinas ú otro medio explorador para dejar resuelta la primera parte de nuestro problema.

Conocido el origen de una hematuria por todos los medios diagnósticos que nos sea posible aplicar, hemos de averiguar en seguida por qué motivo sangra el órgano enfermo, es decir, qué causas provocan la hemorragia en una próstata, en una vejiga ó en un riñón.

Dejando á un lado los traumatismos de la próstata, puede este órgano dar sangre por hipertrofia ó por neoplasia; en el primer caso, se acompañan los síntomas sucesivos del prostatismo; en el segundo, el tacto rectal nos dará datos positivos para el diagnóstico.

La vejiga puede dar sangre por un cálculo, un tumor, una inflamación y una retención. Teniendo en cuenta la relación que existe entre el movimiento y la aparición de una hemorragia vesical, si á un enfermo le hacemos guardar absoluto reposo, y con él desapare-

ce la sangre de su orina en veinticuatro horas, es sin duda que un cálculo que traumatizaba durante el ejercicio, ha dejado de hacerlo durante el reposo. Si el enfermo se mueve y en relación directa con el ejercicio aumenta la hemorragia, es ese cálculo que golpeando las paredes del reservorio, le hace sangrar; pero si no influye para nada en la hematuria el movimiento ó reposo, y á pesar de éste, sigue sangrando con la misma constancia é intensidad que sin él, estamos entonces autorizados para suponer la existencia de un tumor como origen de estas perturbaciones. En estos casos tiene de característica la hematuria: su espontaneidad, porque á pesar de que el enfermo lo atribuye á muchas causas, ninguna es realmente eficaz para provocar la hemorragia, á excepción de un cateterismo poco hábil; su duración, porque lo es de varios días y mayor á medida que la lesión progresa, siendo entonces cada vez menor el tiempo de una á otra hemorragia; y la ausencia de síntomas de otras lesiones, á menos que, concomitante con el tumor, no exista alguna afección vesical. Las cistitis que dan sangre son de origen blenorrágico ó tuberculoso: en aquéllas de marcha aguda y síntomas intensos, va acompañada la hematuria de dolor, piuria y polaquiuria; y en las tuberculosas las hemorragias poco abundantes van siendo más tardías y menos intensas á medida que la lesión progresa y se presentan fenómenos de inflamación. Por último, una evacuación rápida y total en vejiga de anciano con retención duradera y completa, es motivo seguro para una hemorragia grave; es, pues, necesario en tal caso no vaciar más que media vejiga y muy lentamente.

Las hemorragias renales, son sin duda lo más discutido y más falto de estudio aún: se admiten como causa los cálculos, neoplasias, tuberculosis, nefritis, hemofilia, paludismo, parásitos, ectopia, y un estado especial que en la glándula produce el embarazo y lactancia. La presencia en las orinas de los coágulos vermiformes y alargados de que ya he hablado, nos harán pensar en la hematuria renal, y si la producción de ésta tiene alguna relación con el movimiento, deberá pensarse en un cálculo; en caso contrario se pensará en una lesión cuyo diagnóstico completará otros medios de exploración.

Resumidas las causas por las que un órgano del aparato urinario puede sangrar, expondré el caso clínico de papilomas de la vejiga, que me ha inducido á escribir estas líneas, y en el cual no se ha presentado otro síntoma que la hematuria; por este motivo, por el diagnóstico preciso y por el satisfactorio resultado en la operación,

hechos por mi ilustre Profesor Dr. Suárez de Mendoza, es sin duda esta historia de extraordinario interés.

El enfermo es un jefe de un Cuerpo facultativo del ejército, de cincuenta y tres años de edad, sin antecedente alguno patológico que pueda relacionar con su actual enfermedad, la que comenzó á manifestarse hace ocho años por una micción sanguinolenta, sin dolor ni molestia que le hiciese dar importancia á aquel síntoma, y que desapareció espontáneamente para reaparecer varias veces al cabo de algún tiempo, siendo cada vez menor el intervalo de una á otra, sin poder precisar cuánto; entonces duraban estas hematurias de uno á tres días, sin que el movimiento ó reposo tuviese la menor influencia en su aparición é intensidad. A los tres años esas hemorragias aparecen con más frecuencia y son acompañadas de polaquiuria y dolor, sobre todo al fin de la micción, estando más coloreada la orina en las últimas porciones de la micción: estas hematurias con síntomas de cistitis también desaparecieron solas, hasta que más tarde la hemorragia se hacía casi constante y sólo veía el enfermo orinas claras alguna vez por espacio de tres ó cuatro días, notando en cambio, que después de éstos, era mayor la cantidad de sangre que tenían, sin estar aumentado sensiblemente el litro diario de orina que hacían sus riñónes. La situación del enfermo se agravaba á medida que aumentaba la hemorragia, y á pesar de los tónicos reconstituyentes que tomaba, la anemia lo consumía paulatinamente. Estos síntomas adquieren mayor intensidad desde principios de enero de este año; ya en cada micción hay constantemente cerca de una mitad de sangre, que por el reposo se precipita en la vasija que lo contiene, y desde esa fecha no vuelven á salir nunca claras sus orinas. Los fenómenos de anemia por hemorragia toman gran incremento, el enfermo está muy demacrado, pálido, al menor esfuerzo se cansa, su corazón sufre palpitaciones y el pulso irregular, pequeño y muy frecuente, toma el carácter del pulso de los grandes hemorrágicos. El aparato digestivo funciona mal, hay anorexia, saburra gástrica, y alguna vez perturbaciones intestinales. En este lamentable estado consulta la primera vez con el Dr. Suárez de Mendoza en los primeros días de abril.

Expuestos los antecedentes de la enfermedad y los diversos diagnósticos, entre los que no figuran ciertamente las neoplasias, relata el enfermo su historia al Dr. Suárez de Mendoza, el que, fundándose en los caracteres especiales que en este caso ha presentado el síntoma hematuria, diagnostica la lesión de neoplasia vesical, proba-

blemente papiloma, dada la abundancia de la hematuria. Ocho días más tarde y convenientemente preparado se procede al examen del enfermo: la uretra deja pasar un explorador Guyón núm. 22, y el tacto rectal permite apreciar en la vejiga un ligero espesor de sus paredes y la presencia de una tumoración. En vista de esto, se conviene la operación, que precederá un examen cistoscópico para confirmar el diagnóstico. Este examen se hará momentos antes de la intervención operatoria, á fin de impedir el desarrollo de una infección siempre posible en estos casos en que la vejiga es un excelente medio de cultivo.

El 6 de mayo, previa asepsia de la uretra, vejiga é instrumental, y preparado el enfermo para estas exploraciones, se coloca el cistoscopio de Nitze, con el cual se ven dos voluminosos tumores situados en la desembocadura del ureter derecho, de tal manera que la orina expulsada por ese conducto, pasa entre los tumores tiñéndose lo suficiente para dar al chorro uretérico el aspecto de ligera hematuria renal.

Hecho el diagnóstico de papilomas de la vejiga, y confirmado por la cistoscopia, á pesar del lastimoso estado general del enfermo, el Dr. Suárez de Mendoza se decide á extirparlos, dando así al paciente la única posibilidad de salvación; dado el estado de anemia profunda, se le inyectan en la axila derecha 500 gramos de suero artificial, que tardó quince horas en absorberse, sin duda por el profundo estado adinámico.

Al siguiente día, después de la preparación clásica, ejecuta el Dr. Suárez de Mendoza la operación con su acostumbrada maestría, ayudando directamente al cirujano el que estas líneas suscribe.

Estaban presentes los Dres. Fernández Baquero, Aycart, Baeza, Lomo, Patón, Aguirre y otros. Procede á la anestesia el Dr. D. Juan Antonio González, primero con el cloruro de etilo, continuándola luego con el cloroformo, administrado con el aparato de Krohne y Sessemam. Se lava la vejiga con la sonda elevadora del Dr. Suárez de Mendoza, dejando 100 gramos de agua bórica, y se coloca el globo de Petersen, que se distiende con 300 gramos de agua.

Situado á la izquierda del enfermo, incinde rápidamente el doctor Suárez de Mendoza, en la línea media y en un trayecto de 10 centímetros, la piel, el tejido celular y la aponeurosis muscular, separa los músculos con el índice izquierdo y arrolla hacia arriba con el mismo dedo la grasa amarilla prevesical, poniendo al descubierto,

en pocos momentos, la pared del reservorio, evitando de este modo con toda seguridad la lesión del repliegue seroso; separados los bordes de la herida aparece, ocupando su fondo, la vejiga repleta del líquido bórico inyectado. Mientras que un ayudante empuja hacia arriba el elevador, de manera á formar relieve en la pared vesical con la punta de la sonda, el operador atraviesa la vejiga de parte á parte, con una aguja enhebrada de seda gruesa, en la base de la pirámide formada por la sonda, pasando por dentro de ésta en la escotadura que al efecto tiene. Hecho esto se incinde la vejiga sobre la punta de la sonda, que aparece en el campo operatorio atravesada por la hebra de seda. Se corta ésta junto á la sonda, obteniendo así dos hebras, cada una de las cuales atraviesa uno de los bordes de la herida y sirve para suspender la vejiga. Un tijeretazo prolonga suficientemente hacia adelante la incisión vesical comenzada junto al repliegue peritoneal, lo bastante para introducir las dos valvas del espéculo de Bazy, las que ponen de manifiesto dos voluminosos papilomas del tamaño de un huevo de pava cado uno, de color gris claro, blandos, del aspecto de coliflor y que sangran al menor contacto : extirpados con toda la parte posible del tejido en que asientan, con tijeras largas y curvas, vemos en seguida por su superficie de sección que asentaban uno en la desembocadura del ureter y el otro algo encima, arriba y adentro de este primero : entre la incisión de la piel y la extirpación del último tumor habían transcurrido nueve minutos : se ligan dos arterias nutricias de los dos tumores, se cauteriza con el termocauterio la superficie de implantación y, colocando dos tubos de Guyon Perrier, se procede á la reunión siguiendo la técnica clásica en estos casos.

El tiempo empleado en la operación fué como hemos indicado muy corto, dos minutos se invirtieron desde la incisión de la piel hasta poner al descubierto los tumores, y siete desde este tiempo hasta que los compañeros que presenciaban la operación vieron sobre la mesa las neoplasias extirpadas. La cantidad de cloroformo consumida en la operación fué de 16 gramos, y durante ella se puso al enfermo 500 gramos de suero artificial detrás del trocánter derecho. Si insistimos en estos datos es porque, dada la extremada anemia del enfermo, la duración de la operación y la cantidad de cloroformo absorbida, desempeñan importantísimo papel desde el punto de vista del resultado final de la intervención.

El curso post-operatorio fué inmejorable, otra inyección de suero de 500 gramos la tarde del día en que fué operado constituyó el tra-

tamiento. Los dos siguientes días la temperatura fué de 37 á 37°,5, tuvo 130 pulsaciones, sed intensa y orinas claras: se le prescribieron dos inyecciones cada día de suero, de la misma cantidad cada una. El día 10, tercero de la operación, viendo que no había vómitos por el cloroformo se le da leche, poniéndole otras dos inyecciones de 500 gramos de suero. El 11, como no salía sangre de la vejiga, se quitaron los tubos, se colocó sonda permanente del núm. 20 y se prescribe para el siguiente un purgante. Los siguientes días se hacen curas con gasa y se aumenta progresivamente la alimentación, y en vista de que no tolera los amargos, se ponen inyecciones hipodérmicas de cacodilato de sosa y lecitina; además, por la noche y para que descanse, una de morfina.

El día 23 la vejiga parece cerrada, se consiente al enfermo sentarse en la cama y se le varía la sonda permanente. Al siguiente se levanta de la cama, la vejiga, completamente cerrada, permite quitar la sonda, permaneciendo siempre las orinas claras; curada ya la lesión local, mejora lentamente el estado general. El día 1.° de junio sale de la Casa de salud, y no necesita ya más que reconstituyentes y vida de campo para reponerse del todo.

El análisis histológico del tumor confirma plenamente el diagnóstico, practicado en el Instituto militar de Higiene, á la letra dice:

CUERPO DE SANIDAD MILITAR.—INSTITUTO DE HIGIENE

Análisis núm. 612.

Análisis histológico del tumor remitido á este centro por el Dr. Suárez de Mendoza.

Caracteres macroscópicos; coloración grisácea clara, consistencia blanda y friable provisto de franjas ó vellosidades abundantes.

Por el raspado no se obtiene surco alguno, y únicamente partículas de la neoplasia blandas y poco consistentes.

Por el examen microscópico directo (disociación y coloración simple, con el picrocarmín aluminado); se ha podido apreciar la existencia de células de epitelio mucoso (vejiga estractificada, de forma poligonal oblonga, células fusiformes, prolongadas, hacecillos de tejido conjuntivo, células embrionarias abundantes y vestigios de vasos capilares.

El análisis histológico con fijación por el alcohol y la solución de

formol al 10 por 100; inclusión en celoidina y coloración de los cantos con el picrocarmín aluminado, la hematoxilina Hamsen y la eosina (coloración combinada), ha puesto de relieve los caracteres siguientes:

La existencia de células voluminosas ovales, aplastadas con núcleos grandes y granulaciones protoplasmáticas, células no dentadas que constituyen un plano estratificado, y que recubren, sea vasos capilares, sea verdaderas papilas hipertrofiadas y alargadas, estas células en todos los casos se delimitan clara y distintamente de la capa vascular subyacente ó de las papilas hipertrofiadas, y algunas son vesiculosas y afectadas al parecer de un principio de degeneración coloide.

2.° De asas vasculares ó capilares, que se encuentran dilatados, recubiertos en muchos sitios directamente de la capa epitelial, vasos que contienen en contacto de su capa interna ó endotelio, abundantes células embrionarias y algunos glóbulos rojos.

3.° Cuerpos ó masas papilares hipertrofiadas, constituídas por tejido conjuntivo y vasos dilatados y varicosos, especialmente en la extremidad terminal de la papila; vasos que también contienen células embrionarias. De estas papilas, unas están constituídas casi por completo por los vasos que como ya hemos expuesto, se encuentran extasiados y recubiertos directamente de la capa epitelial, delimitándose clara y distintamente el epitelio del tejido vascular y sin interposición apreciable de elementos conjuntivos. Otras revisten la forma de vegetaciones con gran predominio de las substancias conjuntivas, que rodean á los vasos y que afectan la forma de hacecillos conjuntivos ondulosos, infiltrados en algunos puntos de células fusiformes abundantes y células linfáticas raras, y afectando en varias partes de la preparación una forma casi lobular, mas recubiertos siempre estos lóbulos de la capa de células ovales ó circulares aplastadas que recubren al vaso capilar directamente.

Conclusión.—De lo expuesto se desprende, que esta neoplasia está constituída por dos clases de tejidos: 1.ª, de un tejido epitelial pavimentoso; y 2.ª, de un tejido vasculoconjuntivo con infiltración en los vasos y en la masa conjuntiva de células embrionarias.

Estos elementos constitutivos le definen como un tumor compuesto franjeado y velloso, de los que se designan en Histología con el nombre de papiloma vesical.

Mas el predominio de los epitelios en algunos puntos que en gran cantidad recubren directamente los vasos papilares adelgazados,

así como la papilas con predominio conjuntivo y la rareza de prolongaciones papilares, parece inducir que se realizaba en esta neoplasia una invasión epitelial á expensa de la substancia conjuntiva, y por lo tanto, manifestaba este tumor tendencias á revestir los caracteres de Eutelioma de Frabre Domeneq.

No es de esperar, sin embargo, una reproducción de esta neoplasia, á pesar de la citada invasión epitelial, pues los caracteres de papiloma velloso vesical, autorizan, bajo el punto de vista histológico, á clasificarlo como tumor benigno y no reproducible.

Madrid, 7 junio 1902.—El Jefe encargado, *Pablo Salinas*. V.º B.º El Director, *Fuertes*.

UN CASO NOTABLE DE MIASA

POR

DON QUEREMON CORTINA

Doctor en Medicina y Cirugía (Valencia).

En el mes de septiembre del próximo pasado año se me presentó á consulta un hombre de veintiséis años, casado, empleado en ferrocarriles, manifestándome que hacía unos tres años había regresado de la Isla de Cuba, donde sirvió en nuestro Ejército, sufriendo las consabidas penalidades relativas tanto á marchas excesivamente prolongadas como á una alimentación deficiente, viéndose en muchos casos en la necesidad de beber aguas encharcadas y hasta orina para apagar los tormentos de la sed.

Ya, desde entonces, su salud no ha sido completa, acentuándose en los dos meses últimos el cansancio al menor esfuerzo, el abatimiento, y la tristeza, que le obligaba á apartarse de toda relación social.

La visión había disminuído considerablemente, presentándose frecuentes manchas obscuras y movibles al mirar cualquier objeto.

Durante el sueño, que era muy intranquilo y con rechinamiento de dientes, los ojos quedaban medio abiertos, y eran frecuentes las pesadillas y la musitación, distinguiéndose á menudo lo que hablaba.

Aquejaba intenso picor de nariz y ano

Mientras el sueño, repentinamente despertaba con náuseas y tos, á consecuencia de una fuerte picazón en el fondo de la garganta.

El apetito había disminuído considerablemente, y cuando se decidía á tomar cualquier alimento no tardaba en ser devuelto por los vómitos que inmediatamente se presentaban.

En vista de este cúmulo de reflejismos, cuyo origen procedía evidentemente del aparato digestivo, creí se trataba de un vulgar caso de helmintiasis y, al efecto, le aconsejé el tratamiento siguiente:

Dieta láctea durante tres días: tomando un papel de 0'40 gramos de calomelanos y 0'15 de santonina en la noche del primero. Otra dosis igual en la madrugada del segundo y dos horas después una onza de aceite de ricino.

Durante este segundo día hizo varias deposiciones, pero nada en ellas que le llamase la atención, y en la mañana del tercer día repitió la onza de aceite de ricino, y antes de dos horas expulsó una larva viva, con movimientos muy pronunciados. Puesta en agua me la trajeron, siguiendo los movimientos que cesaron á las pocas horas, conservándola después en alcohol.

Después de la expulsión el enfermo recobró su salud, desapareciendo completamente todos los síntomas.

Estos días se me ha presentado de nuevo aquejando otra vez algunos de los síntomas de entonces. Pero, como debido á su profesión, no puede ponerse en tratamiento hasta el mes de agosto próximo,

que tendrá vacaciones, para entonces lo hemos aplazado, si antes la enfermedad no le obliga á pedir licencia.

Esta larva, cuya forma y detalles representa el adjunto grabado, tiene su descripción en otro caso relatado por el Dr. D. Luis del Río y Lara en el número 735 de esta misma REVISTA correspondiente al mes de abril último.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. EL HOMBRE, representación gráfica de su estructura, texto explicativo del Dr. D. Rafael del Valle y Aldabalde. Madrid, 1902.

II. ESTADÍSTICA DEMOGRÁFICOSANITARIA DE LA PROVINCIA DE ÁLAVA, por el Dr. D. Ramón de Apraiz y Sáenz del Burgo. Vitoria, 1901.

III. EPIGRAFÍA OFTÁLMICA, por el Dr. D. Rodolfo del Castillo Quatierllers. Madrid, 1902.

I

En cinco láminas sobrepuestas, perfectamente ejecutadas y prestando gran comodidad al que estudia este Atlas, pueden observarse las diversas partes del cuerpo humano en su posición y relaciones con los demás órganos.

Las cavidades torácica y abdominal, los músculos de la cara, tronco y extremidades correspondientes á la cara anterior del cuerpo, la circulación de la sangre, el sistema nervioso central y periférico, todo, en suma, está presentado de modo gráfico con exactitud y extraordinaria claridad.

El texto explicativo del Dr. del Valle y Aldabalde, nada deja que desear. Auxiliar indispensable para el fácil manejo y comprensión de la lámina, no lo es menos para todo el que desee utilidad inmediata en los estudios de anatomía descriptiva ó topográfica.

II

Todos los trabajos de esta índole prestan un gran servicio á la medicina, pues sirven de guía al médico en su práctica profesional, para aconsejar respecto de cuanto se relaciona con el valor del conocimiento de los climas y de las poblaciones en su carácter mo-

nográfico y demográfico en general. Algo abandonados los estudios de demografía, de poco tiempo á esta fecha se han hecho en España algunos y muy buenos, que dicen mucho en favor de la cultura patria; por eso, los que como el presente reflejan la utilidad para la ciencia y la cultura del Dr. Apraiz, merecen ser acogidos con aplauso y conservados para provecho del médico que sepa estimarlos en lo que vale.

III

Pocos hay que lleven sus aficiones por esta clase de estudios tan difíciles y de escasa utilidad, al parecer; por eso, cuando se publican los que, como el actual, reflejan por mediación del Dr. Rodolfo del Castillo que esta rama está poco cultivada, y que además de la curiosidad científica que despiertan, nos sirven de comprobante irrefutable á lo que unas veces se tiene por verídico en la historia de la medicina, y de corrección otras de ideas admitidas por exactas, pensamos que no es de despreciar trabajos como éste, que enriquecen la literatura médica, á cuyo progreso tanto ha contribuído con trabajos de esta índole el Dr. D. Rodolfo del Castillo, por lo cual merece plácemes entusiastas.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 12 *de Mayo de* 1902.

Algo acerca del síntoma de Babinski. — El Dr. Gayarre: Hasta hace muy poco tiempo todos los Tratados de Neuropatología afirmaban como cosa indudable que cuando se excita la planta del pié (con un alfiler, con el mango del martillo, etc.), los dedos se doblan dorsalmente, esto es, se extienden. A Babinski corresponde el mérito de haber demostrado que no es así y de haber deducido de los reflejos plantares, datos semeiológicos de mucho interés.

En un artículo que publicó en 1898, en *La Semana Médica*, demostró Babinski que si se excita la planta del pié de un adulto sano, todos los dedos se doblan con rapidez en sentido plantar, esto es, se obtiene un movimiento de flexión. Pero en los hemiplégicos de causa orgánica, la misma excitación determina, no la flexión, sino la extensión de todos los dedos, y muy

principalmente, del gordo. Según Babinski esta inversión del reflejo (que se conoce generalmente con el nombre de síntoma de Babinski), es debida á la lesión de la vía piramidal, y por consiguiente, puede servir para hacer el diagnóstico diferencial, muy difícil en ocasiones, entre la hemiplegia histérica y la orgánica. En todos los niños recién nacidos hay extensión de los dedos, esto es, síntoma de Babinski, que según este autor, se explica porque en esta edad la vía piramidal está todavía sin mielinizar.

Los datos y observaciones de Babinski han sido confirmados en su parte fundamental por la mayor parte de los autores. Así, por ejemplo, Oppenheim, que en la segunda edición (1898) de su excelente *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*, exponía la opinión antigua corriente, en la tercera edición (1902) estudia muy bien el síntoma y manifiesta su conformidad con Babinski. Déjerine lo analiza también en su *Semeiología del sistema nervioso* que es actualmente el mejor libro en su género. En cambio, Obersteiner y Redlich, autores de la parte correspondiente á las enfermedades de la médula en el *Tratado de Medicina de Ebstein*, no le dedican más de tres líneas, tratándole con desdén injustificado, á mi juicio.

El síntoma de Babinski ha sido muy estudiado. En estos cuatro años últimos se han publicado más de 50 trabajos concernientes á él. Citaré sólo los más importantes, que son los que he consultado: Babinski (*La Semana Médica*, 1898; M. Cohn (*Neurologisches Centralblatt*, 1899); Schüler (*id.*, *id.*); W. König (*Archiv. für Psychiatrie*, 1899); Pastrovich (*Monatschrift für Psychiatrie*, 1900); Schneider (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1901); Homburger (*Neurol. Centr.*, 1902); Böttiger (ref. en *Neurol. Centr.*, 1902).

Yo he examinado este síntoma en más de 100 enfermos de sistema nervioso (ahora lo buscamos sistemáticamente en todo caso), y como todavía es poco conocido y hemos tenido ocasión de examinar la médula en algún enfermo en que existía el síntoma, me parece oportuno decir algo acerca de él.

El modo de explorarlo es sencillísimo: se frota, como hemos dicho, la planta del pié, de preferencia junto al borde externo, teniendo cuidado de sujetar el pié por el dorso, para evitar los movimientos de huída provocados por la excitación.

En el individuo sano, esta excitación determina la flexión bastante rápida de todos los dedos, principalmente de los cuatro últimos, y al mismo tiempo la contracción del músculo de la fascia lata (alguna vez he visto cruzada esta contracción). Si no se sujeta el pié, huye de la excitación, se extiende y adduce, la pierna se dobla sobre el muslo y éste se adduce y dobla sobre el abdomen. Este movimiento reflejo tiene todos los caracteres que Rosenbach atribuye á los reflejos cutáneos, opuestos á los de los reflejos tendinosos. Según este autor, los reflejos cutáneos tienden á disminuir la superficie del cuerpo (los miembros se aplican al tronco, el testículo sube y tiende á introducirse en el conducto inguinal, el cremáster se arruga, los músculos abdominales se contraen, etc.), y como todos los movimientos verdaderamente reflejos tienen utilidad para el organismo. (Esta utilidad es muy dudosa en muchos casos). Los tendinosos, al contrario, consisten principalmente en movimientos de extensión (el rotuliano, el del triceps braquial, etcétera), que alejan del tronco la parte correspondiente (el del tendón de Aquiles, que es de flexión plantar, produce también este efecto) y no se les

puede atribuir finalidad alguna en el sentido de Rosenbach. En rigor no se sabe aún si son verdaderos reflejos.

Si en un hemiplégico por hemorragia cerebral se excita del modo dicho la planta del pié del lado paralizado, se ve en la inmensa mayoría de los casos que todos los dedos, y sobre todo el gordo, se extienden lentamente casi siempre. Este movimiento lento del dedo gordo, recuerda la contracción muscular perezosa, característica de la reacción de degeneración muscular. Hay que tener presente que este reflejo como, en general, los cutáneos, se cansa pronto, y entonces aparece confuso ó no se produce. Durante la exploración debe distraerse la atención del enfermo.

Según Babinski, este síntoma existe siempre que hay lesión de la vía piramidal y también en la intoxicación estricnica. Es normal en los niños recién nacidos. Por regla general, va acompañado de síntomas espasmódicos (exaltación de reflejos tendinosos, clonus del pié, etc.).

Como ya he dicho, las observaciones de Babinski han sido confirmadas por casi todos los autores que han estudiado este asunto. König ha observado este síntoma en muchos casos de hemiplegia infantil, pero en muy pocos de paraplegia cerebral infantil confirmada en la autopsia. Sabido es que en algunos de estos casos hay degeneración piramidal. Collier lo ha observado en 38 epilépticos inmediatamente después del acceso, König en algunos de demencia paralítica, y en uno en el coma epiléptico.

Inútil es decir que se han propuesto varias hipótesis para explicar este síntoma. Todas atribuyen la inversión del reflejo á la alteración de la vía piramidal. Babinski supone que en esta vía marchan las fibras inhibidoras de los movimientos de extensión y las excitadoras de la flexión, y por tanto, cuando degeneran no se puede producir sino la extensión. Tal hipótesis no tiene fundamento serio, puesto que en rigor, las funciones de la vía piramidal son aún poco conocidas.

Schneider imagina la explicación siguiente: el reflejo plantar normal es un reflejo mixto, en el sentido de Jendrássik, esto es, está constituído por un componente cerebral cortical y otro medular, que pueden aislarse en ciertas condiciones. Si en un individuo normal se excita suavemente la planta del pié, se obtiene flexión de los dedos (componente cortical), si la excitación es intensa en extensión (componente medular), combinadas siempre ambas con flexión del pié, rodilla, muslo, etc. Por lo tanto, el síntoma de Babinski debe presentarse siempre que se altere la corteza cerebral ó se interrumpa su comunicación con los músculos del pié (lesión de la vía piramidal, intoxicación estricnica, acceso y coma epilépticos, etc.). Existe en el recién nacido, porque la corteza está incompletamente formada.

Según Schneider, en rigor no es indispensable la interrupción piramidal, sino la de un haz especial destinado á los extensores de los dedos.

Homburger supone que el «Babinski» es un reflejo talamo-espinal; para que se presente el síntoma es indispensable que el tálamo esté sano (en un caso en que no lo había, encontró una hemorragia abierta en el ventrículo y el tálamo destruído). Explica la extensión de los dedos, suponiendo que en la hemiplegia orgánica no se paralizan los extensores.

Casi todos los casos observados por mí, eran de hemiplegia. En casi todos ellos existía el síntoma más ó menos claro (Panault lo encontró en el 85

por 100 de los casos). Algunos casos merecen mención especial: 1.° El de tumor de la cauda espina que presenté en la sesión del 5 de mayo: había en él paraplegia dolorosa y degenerativa, pero no se encontró Babinski. Esto demuestra que la lesión de los nervios periféricos no basta para producirlo. 2.° Un hombre hemiplégico desde hacía treinta días, con todos los síntomas de la hemorragia cerebral (hemiplegia derecha con afasia, reflejos cutáneos casi nulos en el lado sano, vivos en el sano, cremastérico muy marcado, Babinski muy claro en el lado derecho). A los cuarenta días se repitió el ataque apopléctico y el enfermo murió á los tres días. En la autopsia se encontró un quiste hidatídico del tamaño de un huevo de gallina, en la superficie de la zona motriz izquierda, que no tenía alteración alguna, sino únicamente estaba comprimida por el quiste.

Había otros dos quistes menores en la corona radiante del lóbulo frontal. Ninguno de ellos se había perforado en el ventrículo. Examinada la médula por el método de Marchi, que es el reactivo más fino de las degeneraciones nerviosas no muy antiguas, no se encontró ningún indicio de degeneración de la vía piramidal, ni de ningún otro haz. Esto demuestra que la degeneración piramidal no es condición necesaria para que se produzca el síntoma. Todo el síndrome de este caso era exactamente el de la hemorragia cerebral; la autopsia demostró, como se ha observado en muchas neoplasias intracraneales, que una lesión de evolución lenta puede manifestarse sólo por síntomas de apoplegía. No había dolor de cabeza; la parte de bóveda craneal y de dura madre correspondientes, estaban sanas. 3.° Dos casos del mal de Pott con paraplegia no espástica, anestesia, trastornos vesicales, etc. En ambos, Babinski evidente en ambos lados. Por tanto, el síntoma no ya necesariamente acompañado de fenómenos espasmódicos. 4.° Un caso de parálisis espinal, espasmódica, sifilítica (paraparesia, trastornos urinarios, sensibilidad normal, exaltación de reflejos tendinosos), en que era evidente en ambos lados. 5.° Un diabético joven, demacrado. Babinski en ambos lados; en el izquierdo, sólo en el dedo gordo, reflejo rotuliano muy débil. 6.° En dos casos de ciática faltaba. 7.° El reflejo era normal en un caso de esclerosis en placas (nistagmus, anastria, paraparesia, monoparesia del brazo izquierdo, exaltación de reflejos tendinosos en los miembros inferiores y en el brazo izquierdo). Esto indica que no basta una lesión medular cualquiera para producir el síntoma. 8.° He tenido ocasión de explorarlo en tres casos durante el acceso epiléptico. No lo encontré en ninguno, contra lo que debía esperarse, según la teoría de Schneider. 9.° Faltaba también en tres casos de tabes dorsal.

En resumen, puede decirse que el síntoma que nos ocupa existe en casi todas las hemiplegias y paraplegias orgánicas, y puede servir para distinguirlas de las funcionales. Este diagnóstico no es fácil; en muchos casos hay que apelar á todos los medios disponibles. De paso mencionaré un signo que, según el mismo Babinski, es característico de la hemiplegia orgánica. Si estando el hemiplégico echado en la cama se le hace incorporar y sentarse en ella sin apoyarse con las manos, se ve que el talón del miembro sano sigue aplicado á la superficie de la cama ó se separa muy poco de ella, mientras que el del lado parésico se levanta mucho más, si la parálisis es orgánica, pero lo mismo que el sano, si es funcional. El método de Sommer,

que consiste en averiguar el tiempo de latencia de los reflejos tendinosos (completamente distinto, según este autor, en ambas clases de parálisis), no puede aplicarse por ahora en la Clínica.

El síntoma de Babinski es, por lo tanto, un signo más que no tiene valor absoluto, como no lo tiene ningún síntoma. Pero si se le busca sistemáticamente en todos los casos, se adquiere la convicción de que es útil para el diagnóstico.

En algunos casos de hemorragia cerebral, se encuentra Babinski bilateral. Homburger supone que éste es signo fatal, porque indica que la sangre se ha derramado en los ventrículos. No siempre es así. Yo he visto un caso, de hemorragia cerebral reciente con Babinski en ambos lados, pero á los pocos días desapareció el del lado sano y persistió sólo el del paralizado y la hemiplegia siguió su curso ordinario. Esta aparición transitoria del síntoma en el lado sano, no puede explicarse por ahora satisfactoriamente, hay que recurrir á las mismas hipótesis que se proponen para explicar la paresia transitoria de la pierna del lado sano, y que no podemos estudiar aquí porque, en realidad, corresponden al problema de la hemiplegia, cada vez más intrincado y más interesante. (Hipótesis de Pitres, de Rothmann, de Broadbent, etc.).

¿Qué relación hay entre el síntoma de Babinski y los síntomas espasmódicos, principalmente las contracturas? Se puede afirmar que no está indisolublemente ligado á ellos. En un caso le he visto aparecer al día siguiente de la hemorragia cuando no había aún el menor signo espástico, y en otro existía claramente después de haber desaparecido las contracturas, y no quedaba más que una paresia insignificante. Se puede, pues, suponer por ahora que el síntoma que nos ocupa es el reactivo clínico más delicado de la alteración de la vía piramidal. La relación entre la contractura y la vía piramidal aparece también cada vez más embrollada, al menos en los animales superiores. En el mono, según los experimentos de Rothmann y otros, la sección de las pirámides no determina espasmos, ni contracturas, ni exaltación de reflejos, si desde el principio se imprimen movimientos pasivos al miembro paralizado. Este resultado contradice rotundamente las ideas dominantes en la actualidad, respecto de la contractura. Si fuera aplicable á la especie humana, sería de transcendencia terapéutica muy grande.

Por último, debe explorarse el síntoma de Babinski en los paralíticos generales. En ellos debe existir por dos motivos: por la alteración cortical (con arreglo á la hipótesis de Schneider), y porque como ha demostrado Starlinger (*Monatschrift f. Psychiatrie*, enero, 1900) en la demencia paralítica degenera la vía piramidal.

Luxación de una catarata en el curso de una operación.—El Dr. Castresana: El accidente ocurrido al Dr. Márquez en el operado de catarata que nos presentó en la sesión última, fué indudablemente debido á las malas condiciones del enfermo. Cuando tengamos que operar á pacientes indóciles ó con temblor alcohólico, no debemos en modo alguno hacer presiones con el dedo para extraer el cristalino, sino ir desde luego á buscarle con la cucharilla, única manera de evitar en lo posible, se nos vaya al fondo del ojo, y haga de todo punto imposible su extracción.

En el enfermo que discutimos, á pesar del accidente ocurrido, la visión es

bastante aceptable en el presente, ¿lo será en el porvenir? Yo entiendo que no. Recuerdo que estando hace años en la Clínica del malogrado Dr. Moreno Pozo, que operaba las cataratas duras por el procedimiento de declinación, ví algunos enfermos que después de haber salido del hospital con buena agudeza visual, volvían á los tres ó cuatro meses con ataques de ciclitis é iridociclitis, consecutivos al cristalino que habiendo quedado dentro del ojo, como sucede en el enfermo del Dr. Márquez, venía á ejercer con el tiempo el papel de cuerpo extraño, determinando los síntomas que dejo apuntados.

Esta complicación hizo que el ilustre cirujano abandonara su procedimiento favorito, decidiéndose en sus últimos años por la extracción. En el caso que nos ha presentado nuestro compañero, se empezó á hacer la extracción de la catarata, pero los movimientos del enfermo, hicieron que se fuera al fondo del ojo el cristalino, quedando el paciente para el porvenir con los peligros que he indicado, pues no soy de los que admiten que el cristalino se reabsorbe en el cuerpo vítreo con facilidad, tratándose de la variedad de cataratas duras.

Con respecto al último punto tratado por el Dr. Márquez, me voy á limitar á decir solo algunas palabras puesto que se trata de medicamentos que todavía no conocemos bien sus efectos: me refiero á la *dionina* y á la *acoína*.

La *dionina* hace dos años que la venimos usando en instilaciones al 5 por 100, habiendo obtenido grandes ventajas de su acción analgésica, en iritis, iridociclitis y panoftalmitis; sin llegar á conseguir con ella la analgesia completa y absoluta en estas afecciones, como afirma Darier en su última obra de *Terapéutica ocular*. Sin embargo, debo confesar que es de una utilidad grandísima y que ha venido á llenar una gran laguna en la oculística, pues si bien hasta la fecha contábamos con un buen anestésico como es la cocaína, no disponíamos de ningún analgésico que calmara los dolores profundos del ojo, como se consigue con la dionina. De las dos opiniones que hay sobre el modo de obrar en el sistema nervioso, creo que su acción analgésica es periférica porque si obrara sobre el sistema nervioso central, en ese caso aplicada sobre un ojo doloroso calmaría también el dolor del ojo en el cual no se hubiera aplicado, y esto no sucede porque solo calma el dolor en el ojo que se hace la instilación.

El uso de la *acoína* es de fecha más reciente. Las soluciones concentradas instiladas en el ojo del conejo ó del perro, producen una anestesia que dura varios días, pero producen una irritación viva de la conjuntiva.

En el ojo humano no tiene efecto anestésico muy marcado, pues si bien su anestesia es en mucho menor grado que con la cocaína, en cambio Darier ha demostrado que es un buen anestésico profundo y de larga duración, siempre que haya solución de continuidad en la conjuntiva ó se administre en forma de inyección subconjuntival. Esta acción analgésica profunda la he podido yo comprobar haciendo inyecciones de cianuro hidrargírico y de cloruro de sodio, en individuos más ó menos sensibles, que gracias á la acoína las han tolerado muy bien.

Se ha querido buscar una explicación del por qué la acoína no tenía una acción anestésica tan marcada sobre la córnea del hombre, como sobre la del conejo, y se supone que el revestimiento epitelial del ojo humano no se deja penetrar por las soluciones de acoína con la facilidad que lo hace la del

conejo. Sea esto cierto ó no, lo que sí he podido comprobar es que, desde el momento que hay solución de continuidad, la acoína es un anestésico profundo y duradero.

El Dr. del *Castillo Ruiz*, estima que los procedimientos operatorios en que terminados los primeros tiempos de la operación, se deja el ojo sin fijar para proceder al acto de la expulsión del cristalino, el éxito del acto quirúrgico hay que fiarlo á que el enfermo obedezca ó no á las indicaciones del operador. A continuación hace una extensa defensa de aquellos cirujanos que dan gran importancia á la fijación del globo ocular por medio de pinzas apropiadas en todos los tiempos de la operación, considerando esta práctica de capital interés por estar el ojo que se opera sometido á la voluntad del operador, sin que para nada tenga que intervenir la del operado.

El Dr. del Castillo termina diciendo que el accidente de que habla el doctor Márquez, pudiera estimarse como consecuencia de no haber podido disponer á voluntad del globo ocular, pues de otra suerte con gran rapidez y valiéndose de una cucharilla de Darier, podía haberse penetrado en la cámara ocular por detrás del cristalino y haberle ayudado á salir como en casos análogos ha tenido ocasión de ver practicar á sus maestros.

El Dr. Sanz Blanco: El caso de operación de catarata presentado por el Dr. Márquez, me sugiere las siguientes consideraciones:

El que en una operación de catarata, cuando se va á proceder á la extracción del cristalino, al asomar éste por los labios de la herida corneal vuelvan á caer al interior del ojo por efecto de un movimiento intempestivo del enfermo, saliendo en cambio, una pequeña cantidad de vítreo, no constituye más que un accidente que si bien los oculistas debemos tratar de evitar siempre, no ha de preocuparnos gran cosa en lo que al éxito operatorio se refiere; la mejor prueba de ello está en que en el enfermo motivo de esta discusión, la cicatrización se verificó perfectamente y la visión se restableció. ¿Qué es lo que puede temerse en estos casos? Todo se reduce á que en vez de ser una operación de extracción, resulte por depresión, y sobre este particular no he de insistir porque ya lo han hecho los señores que me han antecedido en el uso de la palabra.

Ahora bien, para evitar esta clase de accidentes, yo siempre (y en esto no estoy conforme con lo manifestado por el Dr. Castillo), desde el momento en que concluyo de tallar el colgajo corneal, quito el blefarostato y la pinza de fijar, con objeto de restar todo aquello que pueda hacer presión sobre el globo del ojo abierto por efecto de la queratotomía, y que por consiguiente, pueda motivar la salida extemporánea del contenido: yo soy partidario de simplificar todo lo posible el instrumental en esta clase de intervenciones. Por otra parte, la salida de una cantidad de vítreo, siempre que no sea mucha, no produce graves inconvenientes; y no se crea por esto que yo participo de la opinión de alguien que dice que hasta es beneficioso su derrame.

Respecto á la serie de observaciones llevadas á cabo por el Dr. Márquez con el empleo de la dionina, solo diré que yo esperaba que dicho señor nos expondría no los efectos analgésicos de este derivado de la morfina, efectos que yo y casi todos hemos comprobado en nuestros enfermos, sino algún medio de evitar los inconvenientes que trae consigo la aplicación local de este medicamento ó testimonios de que en realidad son ciertas todas las acciones tera-

péuticas que le concede Darier de resolutiva, tanto de los hipemas como de las masas exudativas consiguientes á las iritis, de las masas cristalinianas, y hasta de los leucomas ó de su acción revulsiva, cicatrizante, antiséptica y otras tantas más como Darier le asigna.

De todos modos el trabajo del Dr. Márquez es digno de tenerlo muy en consideración por la importancia que tiene y lo detalladamente que ha recogido sus observaciones.

El Dr. García Mansilla : Hace solamente dos meses que hago uso de la dionina en mis clínicas del Hospital general, habiéndola empleado en 10 enfermos que acusaban vivos dolores á los ojos. Dichos casos los he podido observar detenidamente estudiando los efectos de dicho medicamento. En todos ellos he usado las instilaciones al 1 ó al 5 por 100.

Dichos casos eran : 1 de queratitis herpética ; 1 de glaucoma absoluto ; 1 de iritis sifilítica ; 2 de queratitis supurada, y 5 de queratitis tracomatosa. En todos existían vivos dolores en el globo ocular y regiones periorbitarias.

El resultado obtenido con las instilaciones de dionina, ha sido sumamente favorable en dos casos ; completamente nulo en otros dos y en seis se ha obtenido un alivio transitorio.

Los dos casos en que la dionina produjo un resultado muy favorable, fueron uno de queratitis herpética y otro de queratitis supurada superficial. En ambos bastaron dos instilaciones de dionina para que el dolor cesara definitivamente, así como el blefarospasmo, sumamente intenso en la queratitis herpética.

El efecto analgésico fué nulo en otros dos casos : uno de queratitis supurada con hipopión, y otro de queratitis tracomatosa muy intensa. En ninguno de los dos casos se obtuvo resultado alguno calmante, no aliviando á los enfermos la dionina, más que la atropina que antes se les instilaba.

En los 6 casos restantes, 1 de glaucoma, 1 de iritis y 4 de queratitis tracomatosa, se obtuvo una acción analgésica bien marcada, que duraba de una á seis horas. Después de dos ó tres días de usar la dionina al 1 por 100, había que instilar la disolución al 5 por 100 para conseguir el efecto calmante, pues á débil concentración no se conseguía.

Instilado el medicamento por la noche permitió á los enfermos el sueño que antes no podían conciliar.

Como resumen de los pocos casos en que he usado la dionina, diré que mis primeras impresiones sobre este medicamento, son favorables respecto á su acción analgésica. Esta es de más ó menos duración, pero constante en la mayor parte de los casos de queratitis, iritis y glaucoma. Su acción es nula en los procesos supurados profundos de la córnea.

La duración media de la acción calmante es de dos á cuatro horas.

Dicho medicamento no produce acción alguna perjudicial sobre el ojo, pues el edema que á veces se observa no es peligroso ni produce molestia alguna al enfermo. Tampoco tiene acción tóxica alguna á la dosis á que se emplea en terapéutica ocular.

No se opone á la marcha del proceso patológico que puede combatirse con los medicamentos adecuados, ya asociando la dionina con la atropina ó con la eserina, ya usando alternativamente una instilación de dionina y otra de atropina ó eserina, según la afección de que se trate.

En fin, creo que debe seguirse estudiando la acción analgésica de la dionina en las afecciones dolorosas de los ojos, porque aunque solo se trate de un medicamento de una acción puramente sintomática, tiene suma importancia este efecto, en tanto que se combate por otros medios la afección que ocasione los dolores. Las inyecciones subconjuntivales y subcutáneas de dionina que ha usado Darier, tal vez produzcan mayor efecto analgésico en las afecciones oculares que las instilaciones que hasta ahora hemos empleado.

El Dr. Marquez: Entre los señores que me han hecho observaciones, así como entre los diferentes autores, respecto á la conducta que se debe seguir en casos parecidos al presente, hay opiniones para todos los gustos. Unos se inclinan á la abstención (Fuchs, Brun y Morax); otros son eclécticos, según los casos (Truc y Valude); otros prefieren la extracción. Dentro de los de este último grupo, unos quieren que sea sin iridectomía y buscan la lente con un gancho especial (Desmarres y Mackenzie), procedimiento en desuso, y otros con la cucharilla (Wecker); otros prefieren con iridectomía, y dentro de éstos, unos quieren que sea posterior á la extracción (Terson) y otros que la preceda. Y aun dentro de este subgrupo, unos quieren que comprenda sólo el esfínter (Panas) y otros que sea la iridectomía clásica (Terrien, Nimier y Despagnet). Como se ve, el asunto, en los casos en que se puede elegir, es discutible, pero en el mío creo que *era de necesidad* hacer lo que hice, pues de lo contrario, casi con seguridad la gran salida de vítreo hubiese producido consecutivamente la atrofia del ojo.

Ya sé también los peligros posibles, aunque no forzosamente probables, de un cristalino que se queda dentro del ojo, pero á esto diré que tal vez el órgano se haya reabsorbido; mas aunque no fuese esto así, la antigua operación de la catarata *por descenso* no siempre iba seguida de malos resultados ulteriores, y el acto operatorio por mí realizado en este caso, se puede considerar como un descenso *a fortiori*.

Los Dres. Sanz Blanco y Castillo profesan los dos opiniones opuestas respecto al empleo de los instrumentos en la operación de la catarata; me parece que en un término medio está lo conveniente. No quitar el blefarostato tan pronto como quiere el primero, porque facilita la quistitomía, y sí antes de la extracción, como lo hice, ni tampoco dejar la pinza hasta el final, como quiere el Dr. Castillo, porque la conjuntiva es muy friable y se rasga, y además, se pueden hacer sin querer presiones sobre el ojo: la pinza no evita los movimientos bruscos del enfermo, como ocurrió en este caso. El accidente no es imputable *al procedimiento*, sino *al enfermo*.

Respecto á la dionina, me felicito de que el Dr. Mansilla haya traído sus interesantes observaciones, que en lo fundamental concuerdan con las mías, así como también coincidimos en que es preciso seguir estudiando el medicamento en mayor número de casos. Me felicito también de que coincidamos, así como con el Dr. Sanz Blanco, en la conducta seguida en el accidente operatorio ocurrido en mi caso, al no extraer el cristalino luxado.

En cuanto á la *acoina* he oido con gusto al Dr. Castresana, pero mi comunicación para nada se refiere á ella.

PERIÓDICOS

Ablación total del estómago.—El Dr. Recasens relata en la *Gaceta Médica Catalana*, un caso clínico que tiene importancia bajo dos conceptos esencialmente distintos: el uno referente á la marcha aguda del proceso; el otro á la cuestión del tratamiento.

Josefa N., de treinta y ocho años de edad, había gozado hasta abril último de excelente salud; madre de dos hijos, á los que había criado, no había sentido jamás molestia por parte del estómago, no había sufrido nunca acideces, ni vómitos, ni aun en la época de los embarazos.

Cuatro meses antes de la época que la vió por primera vez el Dr. Recasens, comenzó á quejarse de dolores en la región epigástrica, acompañados de eructos fétidos y mal sabor de boca; aparecieron inapetencia y una sensación de laxitud general que alarmaron prontamente á la familia. Tratada como dispéptica los primeros tres meses, fué, al llegar al cuarto, cambiado el diagnóstico por presentarse en la región epigástrica un tumor duro, muy movible, hasta el punto de parecer subcutánea.

El Dr. Recasens la vió por primera vez en 12 de agosto del año último pasado; su estado era de una demacración notable; el color, terso; la piel, arrugada; parecía que en vez de treinta y ocho años, tenía en frente una mujer de cincuenta; el pulso pequeño, latía 80 veces por minuto.

En el examen del vientre se percibía á simple vista un tumor en el epigastrio, que por la palpación se reconocía muy movible, pudiendo llevarlo de un punto á otro; la presión era dolorosa; no había antecedente de hematemesis ni melena. El diagnóstico fué el de cáncer de la pared anterior del estómago con integridad del píloro y en estado de destrucción.

Pronosticó la mucha gravedad del mal é indicó como única probabilidad, aunque remota, de salvación, la intervención quirúrgica; aceptada que fué y preparada convenientemente la enferma y habiéndole inyectado un litro y medio de suero artificial, se procedió el 15 de agosto á la operación.

Su idea era (antes de abrir el vientre) hacer una resección parcial del estómago, tal vez sin tocar los orificios, es decir, una gastrectomía parcial, quizás sólo de la pared anterior. El modo de ser se cambió totalmente en cuanto se abrió el vientre: aquella neoplasia que se creía aislada en la pared anterior ocupaba la casi totalidad del órgano; el epiplón estaba atrófico; el colon transverso adherido íntimamente al estómago por el omento degenerado; el píloro estaba sano, igualmente que el cardias; la corvadura mayor ocupada por la neoplasia y la menor también; el omento gastrohepático, alterado en su estructura, contenía algunos ganglios cancerosos.

En vista de la importancia de las lesiones, el Dr. Recasens, plantea el problema de cerrar nuevamente el vientre, dejando la enferma abandonada á su aciaga suerte ó correr el albur de una arriesgada intervención, cual es la gastrectomía total é intentar con ella, si no la curación radical, hallar un alivio y supervivencia más ó menos prolongada. Después, optó por esto último, procediendo acto continuo á la resección total del estómago. Ante todo se aisló la grande y pequeña corvadura de sus omentos, seccionándolos

entre varias ligaduras; desprendió el colon del estómago, seccionando las adherencias entre ligaduras, y extirpó los ganglios infartados que existían en el omento menor ó gastrohepático; una vez librado el estómago por su cara anterior y posterior, aplicamos unas pinzas de Doyen inmediatamente por debajo dél píloro y otras por encima seccionando entre ambas evitando de este modo que el contenido gástrico manchara el peritoneo; aplicó luego otras pinzas sobre el cardias y lo seccionó; una vez extraído el estómago, procedió á reconocer el mesocolon transverso y los demás tejidos para ver si había posibilidad de evitar esfacelos consecutivos; después de esto practicó la sutura en dos planos del píloro con el cardias, cosa que no resultó difícil, pues la aproximación de uno á otro no ofrecía obstáculo ni tampoco quedaba gran tirantez.

A todo esto el pulso se ponía muy pequeño; se aceleró la terminación de la operación, que había durado en junto setenta minutos; colocóse la enferma en un plano inclinado con la cabeza abajo; se la dió una inyección de suero de 400 gramos y varias inyecciones de aceite alcanforado y cafeína.

Trasladada la enferma á la cama, continuáronse las inyecciones de cafeína y aceite alcanforado y diósela inhalaciones de oxígeno; el pulso se desplegó algo; entró, á beneficio de múltiples caloríferos alrededor del cuerpo, en un ligero grado de calor y parecía que se iba á iniciar una reacción franca, cuando dos horas después volvió el pulso á caer y á enfriarse las extremidades. En una lucha constante entablada entre el colapso y los excitantes de toda clase, transcurrieron algunas horas, hasta que quince después de la intervención dejó de existir, habiéndole inyectado sin resultado algunos momentos antes de morir 200 gramos de suero artificial en la mediana cefálica del brazo izquierdo.

Llama la atención en este caso la evolución rapidísima de la enfermedad. Una enferma que sin haber tenido antes síntoma alguno gástrico, en sólo cuatro meses se desarrolló en el estómago una neoplasia cancerosa que ocupó todo el órgano. El cardias se ve anormal, el píloro igualmente, pues hacia este último punto los límites no son tan bien marcados.

La capacidad del estómago estaba reducida á una tercera parte de la normal; desde la pequeña corvadura el tumor iba aumentando tan notablemente, que cuando, siguiendo la línea de la grande, seccionó el estómago en dos hojas, apenas si pudo levantar la pared anterior en una tercera parte: tal era la unión que existía hacia arriba entre la cara anterior y posterior del estómago por el hecho de la neoplasia.

Del examen de este caso se deduce que nunca se debe negar la posibilidad de la existencia del cáncer del estómago, aun cuando los síntomas objetivos no sean del todo evidentes, ni tampoco fundarse en la evolución rápida y en la movilidad del tumor para creer que se trata de un caso sencillo relativamente.

El examen microscópico del tumor demostró su naturaleza epitelial y la existencia de focos degenerativos.

El segundo orden de consideraciones se refiere á la probabilidad y conveniencia de la gastrectomía total.

Desde que en 1897, Schlaller, de Zurich, practicó la primera gastrectomía total, la posibilidad de poder vivir sin estómago fué demostrada clínica-

mente; su operada vivió un año, y la causa de la muerte fué la recidiva del tumor; pero antes, durante los siete meses primeros que siguieron á la operación, aumentó seis kilogramos; el caso del eminente cirujano de Madrid, Dr. Ribera, operado á principio de 1899, demuestra asimismo esta posibilidad, pues lleva ya su enferma cerca tres años operada; de los 63 casos publicados hasta la fecha, hay cinco muertes inmediatas y el mío otra, lo cual da un conjunto de seis, en tanto que 18 casos fueron seguidos de curación operatoria.

La causa de la gastrectomía fué en todos el cáncer, excepción de uno de los tres casos operados por el Dr. Ribera, que lo fué por una afección crónica del estómago con adherencia á la pared del abdomen, que hizo creer antes de la operación que se trataba de una neoplasia maligna, las cuales motivaron que al abrir el vientre se desgarrara de dos modos la víscera, que á pesar de no tratarse de un cáncer, obligaron al eximio cirujano de Madrid á resecar la casi totalidad del estómago; este caso es el único que sobrevivió cerca de dos años; los demás fallecieron todos por recidiva antes de cumplirse los doce meses de la operación, menos uno de Schuchardt, que vivió cerca de dos años.

De lo dicho se deduce que la posibilidad de vivir sin estómago ya es evidente; pero falta discutir la segunda parte del enunciado ¿es conveniente esta operación? Al efecto, dice el Dr. Recasens:

«Nosotros la hemos practicado una sola vez, y en tanto no se descubra el modo de evitar la recidiva del cáncer, prometemos no volverla á practicar en esta enfermedad. Las dificultades técnicas no pueden en la actualidad arredrar á ningún cirujano; podemos extirpar el estómago, y si hay necesidad de ello, extender la resección hasta el colon transverso, que está muchas veces adherido al mismo por continuidad de la neoplasia; pero ¿qué ventajas sacamos? Creo firmemente que ninguna. El caso precedentemente expuesto nos demostró que si la técnica no es difícil, la sacudida que experimenta el organismo es tan grande, que aun sin perder sangre puede el enfermo colapsarse hasta el punto de no reaccionar, y todo ¿por qué? si en las zonas que se puede extirpar toda la neoplasia y las regiones vecinas la recidiva no se hace esperar, ¿qué no ocurriría en el estómago cuando existe indicación de la gastrectomía total? El omento mayor, el gastrohepático y el mesocolon, están, en la mayoría de casos afectados, y en el segundo especialmente existen infartos ganglionares que por sus relaciones con el conducto hepático y con la porta se hace muy difícil de extirpar.

En el caso mío, desde antes de decidirme á practicar la gastrectomía total y probablemente á no estar sujeto á ciertas presiones extrañas, no me hubiese decidido por ella. En cuestión de neoplasias malignas me invade un pesimismo que me hace ser cada día más parco en operar. Las operaciones inútiles las rechazo cada día de modo más enérgico y... ¿cuántas veces no resultan perjudiciales? á lo menos en el sentido de acelerar el desenlace.

El caso de Schuchardt, que sobrevivió dos años, á pesar de ser operado por cáncer, pudiera hacer vacilar algo mi ánimo por lo que se refiere á las indicaciones de gastrectomía total que tarden en recidivar dos años, pues cuando aquélla existe, la propagación á las partes vecinas y su desarrollo consecutivo no se hacen esperar. Si condiciones de orden diferente á las neopla-

sias malignas motivaran la gastrectomía total, creemos que puede dar beneficiosos resultados; pero en cuanto al tratamiento del cáncer del estómago, nos atenemos á lo dicho; es posible la gastrectomía total, pero no es conveniente».

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del dia 24 de Júnio de 1902.

Tractor mecánico ó automático para las tracciones rítmicas de la lengua.—El Dr. *Laborde* presentó dos modelos de tractores: uno de relojería y otro eléctrico. Estos aparatos son portátiles, de poco peso, y permiten ejercer tracciones rítmicas de la lengua durante tres á seis horas, tiempo suficiente para volver á la vida á los individuos que se hallan en estado de asfixia.

Un caso de micetoma de granos negros. — El Dr. Laveran: El ejemplar anatómico de que voy á ocuparme fué recogido en Djibonti por nuestro colega el Dr. Bouffard.

El *micetoma ó pié de Madura* es una enfermedad que presenta dos variedades: la de granos pálidos y la de granos negros. El ejemplar de que voy á ocuparme pertenece á esta última variedad.

El enfermo observado por el Dr. Bouffard era un sudanés de veintidós años, que presentaba en el pié izquierdo un micetoma de granos negros. El tumor sobresalía en la planta y en el borde externo del pié; había varias fístulas que daban salida á pus fétido mezclado con granos negros. Este individuo se opuso á todo tratamiento quirúrgico y tomó el alta. Un año después volvió en peor estado y murió á los tres días de amputada la pierna por el sitio electivo.

Al disecar el pié se vió que había, además del tumor fistuloso, otro más profundo situado debajo de la bóveda plantar, sin comunicación con el exterior, y cuyo centro estaba constituído por una materia blanda rojiza que ennegrecía al aire y la periferia por tejido más consistente de color moreno subido.

El examen microscópico de este tumor me ha demostrado que está compuesto de filamentos micélicos sin esporas.

El micetoma de granos negros está perfectamente caracterizado, tanto desde el punto de vista clínico como anatomopatológico, y no es de creer que dependa de agentes patógenos variados. Los granos negros están formados por el hongo que da este color á la neoplasia. Propongo dar el nombre de *Streptothrix mycetomi* al hongo que produce el micetoma de granos negros.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 2 de Julio de 1902.

Tratamiento de la ectopia testicular por la sección de todos los vasos del cordón.—El Dr. *Mignon* dijo que había empleado con éxito este procedimiento en tres soldados jóvenes. El procedimiento se funda en el hecho de que el testículo ectopiado se halla retenido por el pedículo vascular. Seccionando éste, nada más fácil que hacer descender el testículo á las bolsas, sin necesidad de practicar la orquidopexia. Para asegurar la nutrición del testículo basta respetar la arteria deferente. La operación más antigua data de un año y la más moderna de tres meses.

El Dr. *Lucas Championnière* manifestó que no pueden considerarse estos resultados como definitivos, por ser poco el tiempo transcurrido desde la operación. Ha observado un caso en el que, á los once años, fué preciso resecar el testículo, que se había elevado de nuevo, y estaba comprimido con fuerza contra el anillo inguinal, produciendo dolores intolerables. Además, la sección de todos los vasos del cordón no es tan inofensiva como supone el Dr. Mignon, porque ha visto varias veces sobrevenir la necrosis testicular á consecuencia de esta operacion, la que, por otra parte, no permite siempre el descenso del órgano.

El Dr. *Bazy* dijo que hace seis años trató por la sección de todos los tejidos que retienen el testículo, excepto el cordón. El resultado fué y sigue siendo excelente

El Dr. *Sebileau* cree que la operación practicada por el Dr. Mignon conduce á la atrofia del testículo, á juzgar por lo que se observa en los animales á los que se practica la torsión de los elementos del cordón: esta atrofia tarda en producirse algunos años. El Dr. Mignon cree que la arteria deferente basta para asegurar la nutrición del testículo, pero esta arteria no corresponde en realidad á dicho órgano.

El Dr. *Broca* dijo que no es necesario seccionar de intento todos los elementos vasculares del cordón para que descienda el testículo; se corta lo que se puede, y muchas veces se libra la arteria espermática, lo que explica la vitalidad hasta cierto punto satisfactoria del órgano.

El Dr. *Kirmisson* manifestó que no puede eregirse en método general el recomendado por el Dr. Mignon, por las razones expuestas por los doctores Sebileau y Broca. No conviene seccionar todos los vasos del testículo ectópico porque este órgano suele estar degenerado, y el cirujano debe procurar conservar al testículo todos sus elementos nutritivos y restituir un órgano normal en su forma y funciones.

El Dr. *Routier* dijo que sólo deben seccionarse los vasos del cordón en caso de necesidad absoluta para evitar la necrosis del órgano.

Fractura de la pelvis. — El Dr. *Walthèr* leyó un informe sobre el caso siguiente, remitido por el Dr. Souligoux: un hombre fué atropellado por un carruaje. Se diagnosticó fractura de la pelvis con rotura del cuello de la vejiga, teniendo en cuenta la imposibilidad de la micción, el carácter sanguinolento de la orina extraída con el cateter, la tumefacción de la región ilíaca é hipogástrica y la crepitación de los huesos pelvianos. El Dr. Souligoux,

por medio de una incisión subumbilical, abrió un extenso foco prevesical lleno de sangre y orina, y observó fractura del pubis y rotura lateral extraperitoneal de la vejiga de 5 centímetros de extensión. Limpió el foco, suturó la herida vesical y el pubis, aseguró el desagüe hipogástrico y colocó en la vejiga una sonda permanente. Los hilos de las suturas se separaron á los doce días y la sonda se suprimió á los veinte. El enfermo curó sin accidente alguno.

Hidrometria y hematometria. — El Dr. *Chaput* leyó un informe sobre una observación remitida por el Dr. Fontoynont. Una mujer de cincuenta años había dejado de reglar á los cuarenta y cinco; en estos cinco años notó que el vientre se ponía abultado y doloroso; en varias ocasiones tuvo flujo vagínal acuoso. Al reconocerla el Dr. Fontoynont observó que el útero era voluminoso y se elevaba por cima del pubis; la atrepsia del cuello era tan completa que no podía introducirse la sonda más pequeña. Sospechando que se tratara de hidrometría punzó el útero á través del cuello, punción que dió salida á un litro de líquido verde amarillento claro. La afección recidivó; entonces, después de la punción, se hizo el desagüe de la cavidad uterina por medio de mechas. A los quince días la enferma estaba curada. El doctor Chaput cree que la curación no es denifinitiva y que, para que lo sea, es preciso en estos casos amputar el cuello uterino.

Estrechez blenorrágica de la porción membranosa de la uretra. — El doctor *Bazy* leyó una nota que prueba la posibilidad de la estrechez blenorrágica de la porción membranosa de la uretra. Ha observado dos casos típicos de este género. La posibilidad de la estenosis de la porción membranosa de la uretra, se explica por la propagación del proceso escleroso por continuidad á las capas conjuntivas de las regiones inmediatas. Las estrecheces de la porción membranosa de la uretra son, por consiguiente, secundarias.

Cáncer extenso de las fauces. — El Dr. *Sebileau* presentó un enfermo operado por faringotomía infrahioidea, á beneficio de la cual extirpó una neoplasia que interesaba la epiglotis, parte de la base de la lengua y algo la faringe. La herida cicatrizó, excepto una pequeña parte, por la que el enfermo introduce una sonda esofágica, destinada á alimentarse, porque la deglución es casi imposible y los alimentos pasan en parte desde la boca á la laringe.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Julio de 1902.

Accidentes del trabajo.—El Dr. Kroff: Los traumatismos del ojo pueden producir como consecuencia lejana el queratocono, afección grave desde el punto de vista funcional y que no se consigue corregir de un modo suficiente. La etiología del queratocono es todavía obscura. Hasta ahora no se había culpado al traumatismo. Recientemente, un médico belga, el Dr. Lantsheere, ha comunicado á la Sociedad belga de cirugía, la observación de un mecánico que, á consecuencia de un traumatismo que fué acompañado de

herida de un ojo, tuvo neurosis traumática y después queratocono binocular.

Acabo de observar el desarrollo de un queratocono molecular consecutivo á un traumatismo. Creo interesante el caso, porque he observado al enfermo antes y después del accidente; he asistido al desarrollo progresivo del queratocono que se localizó en el ojo herido.

Intoxicación por el calzado teñido con anilina.—El Dr. Thoinot: Un individuo intoxicado por calzado amarillo teñido de negro por un color á base de anilina, se querelló contra el zapatero que le tiñó el calzado.

Se nombraron peritos encargados de dar dictamen sobre las cuestiones siguientes:

1.ª ¿Las tinturas negras á base de anilina, pueden causar accidentes?

2.ª ¿La tintura utilizada en el caso particular, puede ser causa de la intoxicación sufrida por el enfermo referido?

La respuesta á la primera cuestión es fácil, porque los trabajos anteriores no dejan duda alguna respecto á este asunto.

Cuanto al caso particular, la experimentación ha demostrado las propiedades tóxicas de la tintura empleada.

Nuestra respuesta ha sido, pues, la siguiente:

1.ª La tintura es á base de anilina;

2.ª Ha sido tóxica para los animales sometidos á la experimentación;

3.ª Los accidentes sufridos por el enfermo fueron pasajeros y no han dejado rastro.

La casa G..., que había puesto en circulación la tintura culpable, ha sido condenada, con arreglo al artículo 320 del Código penal, á 50 francos de multa y á la publicación de la sentencia.

(*La Presse medicale*).—Codina Castellví.

XX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

celebrado en Wiesbaden del 15 *al* 18 *de abril de* 1902

Origen parasitario del cáncer.—El Dr. v. Leyden (de Berlín): Sabido es que para explicar la patogenia del cáncer se han ideado varias teorías, entre ellas la anatomopatológica ó celular, la parasitaria ó biológica, y como más modernas citaré las de v. Hansemann (anaplasia de las células), y Ribbert (dislocación y desligamiento de las células). Estas dos últimas son también insuficientes, sobre todo la primera. Ribbert arguye contra la teoría parasitaria que es raro que el parásito nunca se encuentre más que en las células del organismo, pero á esto se puede contestar que sólo un parásito que está situado en el interior de las células es el que se puede propagar con ellas. Respecto al hecho de que sea raro que un parásito en vez de devorar las células provoque su proliferación, hay que contestar que en el reino vegetal se observan hechos parecidos. Recordemos las observaciones de Woronni y de Labaschin acerca de la llamada hernia de la col. El parecido que hay entre esta clase de tumores y el cáncer humano, fué reconocido por los

botánicos hace unos veinte años. En este caso se comprobó con seguridad que la causa del mal era con toda seguridad un amibo celular, y se precisó con toda exactitud su desarrollo.

Hay otros motivos para admitir el origen parasitario del cáncer. En efecto, para comprender el crecimiento continuo y la proliferación de las células cancerosas, hay que admitir la irritacion constante que produce un sér vivo. El cuadro clínico del carcinoma recuerda á menudo el de las enfermedades infecciosas, y lo mismo sucede con la transformación más activa de la albúmina, la mayor proporción de índican en la orina, la reacción diazoica, que á veces presenta ésta, y, por último, la anemia grave y la caquexia. Hanan y otros han conseguido transmitir el cáncer de un animal á otro sér de la misma especie, y yo mismo he logrado inocular con éxito el cáncer del pene á un perro, y en algún caso hasta producir metastasis. En el hombre es probable que pueda suceder lo mismo, pero no se ha demostrado. Me han referido un caso de un médico joven que enfermó de cáncer del estómago á los dos años de haber bebido por equivocación jugo canceroso obtenido por expresión.

Los corpúsculos parasitarios que yo he encontrado en las células cancerosas y que considero como agentes productores del neoplasma, se parecen á los ojos de las aves. Se deben examinar preparaciones recientes. El escepticismo de los anatomopatólogos tiene que ceder ante estos hechos, que puede ver todo el que quiera. Ultimamente hasta he llegado á descubrir esporangios (formas de esporulación) de los parásitos que aparecen muy apiñados en montoncitos dentro de una cápsula formada por membrana celular. Estos corpúsculos no se pueden confundir con las degeneraciones celulares ni con otra clase de alteraciones análogas : es casi imposible que puedan interpretarse como otra cosa que como gérmenes de seres vivos. Estas formas germinativas se han observado también en la hernia de la col.

El Dr. Naunyn (de Estrasburgo): Yo sé de un médico que enfermó de cáncer del estómago á los tres meses de haber ingerido por equivocación el contenido extraído por medio de la sonda de un estómago canceroso.

Investigaciones sobre la solubilidad del ácido úrico.—El Dr. Klemperer (de Berlín): El ácido úrico se encuentra en la orina en disolución sobresaturada; con el calor y una presión elevada se precipita. La causa de este hecho hay que buscarla en la presión interior y recíproca de las moléculas, la llamada viscosidad, que se mide por la velocidad con que circula el líquido. Ahora bien ; yo he observado que las disoluciones muy viscosas (de goma, glicerina, etc.), son capaces de mantener disuelto el ácido úrico. Pero como la viscosidad de la orina no basta para explicar este hecho, hay que hacer intervenir la propiedad coloide de la misma, la cual es debida á la materia colorante normal de dicho líquido (urocromo). Esta materia, preparada bajo la forma de polvo higroscópico, tiene la propiedad de mantener disuelto el ácido úrico en disolución sobresaturada. La orina decolorada por medio del carbón vegetal deja precipitar en el acto el ácido úrico. Los riñones no dejan simplemente pasar la molécula coloidea, sino que la forman probablemente á expensas de la bilirrubina.

El Dr. Edinger (de Friburgo) : El sulfocianuro potásico de la saliva hace disminuir la cantidad de ácido úrico de la orina. Cabe, por lo tanto, supo-

ner que las anomalías en el metabolismo del azufre influyan en la patogenia de la gota.

Patología del riñón.—El Dr. Rosenfeld (de Breslavia): La apreciación del contenido en grasa que existe en el riñón humano no puede hacerse bien por medio del microscopio, puesto que con este medio no se descubre un aumento en dicha substancia que es revelado por el análisis químico; y, en cambio, se calcula de un modo excesivo la proporción de grasa cuando ésta es deficiente. Riñones que al microscopio parecen completamente normales contienen á veces una grandísima proporción de grasa. Los riñones patológicos tienen generalmente la misma proporción de grasa que los normales, y tampoco varían los límites en que oscila la cantidad de grasa en los unos y en los otros. El riñón normal del perro contiene por término medio un 21'8 por 100 de grasa. Esta proporción se conserva la misma en las intoxicaciones con la floridzina, el fósforo, el bicromato potásico, el aceite de poleo, y disminuye hasta un 17 por 100 con la cantaridina y el cloroformo. La única substancia que parece aumentar la grasa del riñón es el alcohol. Si se calcula la cantidad de substancia renal húmeda y seca por kilo de animal y las que le corresponden de principios grasos, se comprueba que no existe ninguna noxa que aumente la proporción de grasa en el riñón, y que la disminución de grasa, después del uso del cloroformo ó de la cantaridina, también se explica por el aumento de la substancia renal, siendo la misma (ó menor) la cantidad de grasa. No hay ninguna degeneración grasienta del riñón en el sentido de que aumente el extracto alcohólico clorofórmico.

Sobre las deposiciones grasientas.—El Dr. Salomon (de Francfort, sobre el Mein): En los simples catarros gastrointestinales casi siempre he encontrado poco alterada la absorción de la grasa. Así en un caso de enteritis crónica, en que se verificaban de ocho á diez deposiciones de consistencia de papilla blanda en las veinticuatro horas, se absorbieron el 98 por 100 de los 197 gramos de grasa ingerida.

Pero hay estados, aun tratándose de sujetos sanos en todo lo demás, en los que se observa una perturbación singular en la absorción de las grasas, sin que existan ictericia ni diabetes. En uno de estos casos, con una ingestión de 240 á 280 gramos de grasa, se expulsaron con las heces de 20 á 37 por 100 de dicha substancia. El desdoblamiento de la misma se verificaba de un modo normal. Las cápsulas de yodoformo glutoide, muy duras y preparadas como aconseja Sahli, se disuelven pronto. No existe glicosuria alimenticia. En el primero de los dos casos observados también estaba disminuída la absorción del nitrógeno.

La ingestión de glándula pancreática y de pancreona no dió ningún resultado, como lo había observado en la esteatotorrea de naturaleza pancreatógena. El tratamiento que hace desaparecer las molestias subjetivas de los enfermos, consistió en la prescripción de una alimentación escasa en grasas. Yo aconsejo el empleo de preparaciones *activas* de páncreas para diagnosticar si la esteatorrea existente depende de una anomalía de la secreción pancreática (entonces son útiles las preparaciones de páncreas) ó de un trastorno en la absorción de las grasas (inutilidad de las preparaciones de páncreas).

El Dr. Hirschfeld (de Berlín): En el simple catarro intestinal no suele

observarse un trastorno tan notable en la absorción de las grasas. Conviene saber si en esos casos había predisposición á la diabetes.

El Dr. Salomon: No existía tal predisposición.

El Dr. Schmidt (de Bona): También yo doy mucha importancia á la mejoría que se obtiene con la administración de páncreas en la absorción de las grasas como medio de diagnosticar el origen de la enfermedad. Para comprobar con certeza el estado de la absorción de las grasas, aconsejo que siempre se emplee la misma comida de prueba.

Investigaciones sobre la fisiología y la patología de la función renal.—El doctor Federico Strauss (de Francfort, sobre el Mein): De los métodos que ha introducido Koranyi en la clínica para determinar la presión osmótica de la sangre y de la orina, mediante la averiguación de su punto de congelación, el de la sangre es el que ha contribuído de un modo más notable á los progresos de la cirugía renal. El método parece llamado á indicar los límites dentro de los cuales debemos extirpar un riñón enfermo y contar que con el riñón sano habrá de encargarse de la función del primero.

Pero en los casos en que no se piensa en extirpar el órgano, sino que se trata por razones de índole diagnóstica ó pronóstica de adquirir algunos datos acerca de la capacidad funcional de uno ú otro riñón, el único procedimiento que puede informarnos acerca del estado funcional de cada uno de dichos órganos, es el examen funcional de los mismos inaugurado por Caspar y Richter. Yo he realizado estas investigaciones en unos 55 casos.

En todos estos estudios, es requisito indispensable poder recoger aparte la secreción de cada uno de los riñones, requisito que se satisface con el cateterismo uretérico. Los resultados de la investigación se obtienen mediante el examen comparado de las secreciones recogidas simultáneamente de ambos riñones por medio del cateterismo uretérico. El análisis comprende la determinación cuantitativa de la urea y ácido bórico, del cloro, del azúcar despnés de administrada la floridzina, y también la determinación de la concentración molecular por el método del descenso en el grado de congelación. Los riñones que trabajan de un modo fisiológico, funcionan de tal manera, que expelen su orina á intervalos regulares, y por lo general, de un modo alternativo. La expulsión se realiza en medio de una gran presión, y se revela en el cistoscopio como un remolino, de tal suerte, que el líquido sale por el cateter uretérico en forma de gotas que se suceden rápidamente. En los riñones que tienen una afección quirúrgica, la cosa varía por completo, observándose contracciones uretéricas muy perezosas y menores en número y diferencias en la cantidad de orina. Ulteriores investigaciones me han hecho conocer que la función normal de riñones normales siempre es la misma en ambos riñones y en iguales tiempos. La concentración molecular, la proporción de urea, ácido fosfórico y cloro, la de azúcar en la diabetes floridzínica y las cantidades de orina segregada en el mismo tiempo, de un modo sucesivo y mediata ó inmediatamente, siempre son las mismas en ambos riñones cuando estos conservan su igualdad ó equivalencia fisiológica. Sus variaciones, tanto en el estado fisiológico como en el patológico, se hacen notar en el mismo sentido y sus diferencias patológicas son también análogas.

De lo observado en mis ensayos y experimentos, se deduce cómo median-

te el examen de las funciones de cada riñón por medio del cateterismo uretérico, es posible un análisis cuantitativo y comparado que permite predecir los detalles del diagnóstico con una precisión que hasta ahora no se había alcanzado más que con la autopsia operatoria. Yo he podido comprobar con la operación esas filigranas de diagnóstico á que había llegado previamente por medio del examen funcional.

Para terminar, haré mención de un caso en el que por medio del cateterismo uretérico y del examen funcional comprobé la existencia de una nefritis unilateral, puesto que sólo se encontraron cilindros en la orina de un riñón. El análisis (buscando el azúcar) demostró que también en este riñón estaba muy alterada su capacidad funcional.

Patogenia de la úlcera del estómago. — El Dr. Ad. Schmidt (de Bona): Es más difícil comprender por qué se hacen crónicas las úlceras pequeñas de la pared gástrica y su transición á úlceras propiamente dichas, que explicar el origen de dichas ulceritas. Habiendo estudiado el proceso de curación de pérdidas de substancias producidas artificialmente en animales, me he convencido que tiene en este concepto muchísima importancia la contracción de la pared gástrica, que es causa de que la pérdida de substancia se incomunique por completo respecto al interior del estómago, por el hecho de cubrirse de mucosa. Cuando falta esta reacción, la fuerza digestiva del jugo gástrico hace que la pérdida pequeña de substancia se convierta en úlcera propiamente dicha.

El hecho de que la úlcera del estómago radique de preferencia en la corvadura menor y en la región del píloro, se explica porque en estos puntos la mucosa presenta muchos menos pliegues y es menos deslizable. En la clorosis, que es la causa más común de la úlcera gástrica, existe por lo general una contractilidad deficiente de la capa muscular del estómago. Este estado que se puede calificar de atonía, puede existir aunque el estómago expulse su contenido en un plazo normal. En mi opinión, el hecho de no recubrirse de mucosa las pequeñas pérdidas de substancia que se pueden producir de muy diverso modo, es la causa próxima y directa de la formación de la úlcera redonda.

Relaciones entre la úlcera gástrica y el cáncer. — El Dr. Hirschfeld (de Berlín): Según las ideas de Hauser, aceptadas hoy generalmente y que se fundan en investigaciones histológicas, se admite que en circunstancias dadas se convierten en cánceres el 5 ó 6 por 100 de las úlceras del estómago. Füsterer ha defendido últimamente esta opinión, y en cambio, Bowmann la impugna, fundándose también en investigaciones microscópicas. Yo he de recordar que hay casos de cáncer en que el cuadro clínico en nada se distingue del propio de la úlcera. Además, las recopilaciones estadísticas no arguyen á favor de otra cosa que de una coincidencia puramente casual de ambas enfermedades. Así, v. gr., si en Viena, de 900 casos de cáncer gástrico, se ve que un 5 á un 6 por 100 se han desarrollado después de la úlcera, y estas cifras parecen quizá considerables dada la rareza de esta última enfermedad en la mencionada capital, hay que tener presente que la generalidad de las personas que fallecen de cáncer pasan de los cuarenta y de los cincuenta años, y que en semejante material clínico, aun no tratándose de sujetos cancerosos, se encontrarían más casos de úlcera ó de cicatriz de la

misma, puesto que Starke, en Jena, halló una proporción de 10 por 100, y Grunfeld, en Copenhague, hasta de 20'4 por 100. Se observa, además, que á la mayor frecuencia de la úlcera gástrica en algunas comarcas, no siempre corresponde el mismo hecho respecto al cáncer. Por otra parte, así como este último es más frecuente en el sexo masculino, la úlcera lo es más en el femenino. En las capitales en que la úlcera es rara, como sucede en Viena, sería, á pesar de esto, mayor proporcionalmente el número de cánceres del estómago en mujeres de lo que lo es en Hamburgo, no obstante ser aquí más del doble el número de úlceras gástricas.

El Dr. Schmidt (de Bona): En algunos de esos casos, la úlcera es secundaria, y entonces se cura difícilmente.

La peritonitis tuberculosa y la intervención quirúrgica. — El Dr. Köppen (de Norden): Lo notable en el curso que sigue la peritonitis tuberculosa, después de la laparotomía, no es que el exudado no se reproduzca, sino más bien que sólo desaparezca cuando ya el proceso patológico ha llegado á cesar, ó en su caso, cuando ya se ha iniciado la curación de la tuberculosis del peritoneo.

Por medio de experimentos, he comprobado que la persistencia del exudado permite deducir una inmunización deficiente del organismo respecto á la tuberculotoxina, mientras que el peritoneo ya se ha hecho inmune, sin que para ello sea de rigor que haya recobrado por completo su estructura normal.

Si en este momento se practica la laparotomía, desaparece el exudado, se lleva á cabo la inmunización del organismo, y sólo es el peritoneo el qué vuelve á la normalidad. De donde se deduce que á la laparotomía no se le debe atribuir una acción curativa (primitiva) sobre la peritonitis tuberculosa.

La terapéutica exige por de pronto activar la inmunización del organismo. Conseguido esto, la curación es segura. Por otra parte, se debe dar salida al derrame mediante la punción, seguida de un amplio lavado con disolución fisiológica de sal común. Un caso de mi práctica demuestra que también se pueden curar por este procedimiento peritonitis generales y purulentas.

Influencia de las causas mecánicas y térmicas en la corriente sanguínea y en el tono vascular. — El Dr. Fr. Pick (de Praga): Las investigaciones se han hecho mediante medición directa de la cantidad de sangre que sale de las venas en animales desfibrinados. He observado que con las maniobras que se conocen con el nombre de «masaje», se acelera la corriente sanguínea en las extremidades, á la par que desciende el tono vascular y se hace más lenta la circulación en el vientre. El masaje de este último acelera la corriente sanguínea en el vientre y la retarda en el encéfalo. Los movimientos pasivos aceleran la circulación en las extremidades y en el encéfalo. La aplicación de frío á las extremidades, disminuye la circulación en éstas, la acelera en el vientre y la retarda en el encéfalo. La envoltura fría del vientre retarda la circulación en éste, pero semejante retardo va seguido muy pronto de aceleración. El calor acelera la circulación en las extremidades, y lo mismo en el vientre cuando se aplica á dichas partes; lo mismo sucede en el dominio de las yugulares. Aplicado directamente al cráneo, no produce ninguna

aceleración en las yugulares. La aceleración que sobreviene después de cortar el ciático, persiste con un frío intenso y predomina sobre la acción que se produce directamente en la capa muscular de los vasos.

¿Se puede presentar una dilatación aguda del corazón normal? — El doctor A. Hoffmann (de Dusseldorf): Los datos contradictorios que existen acerca del tema del epígrafe, me han inducido á estudiarlo experimentalmente por medio de un aparato especial para usar los rayos X. Dicho aparato se funda en el principio de que el foco luminoso y el lápiz inscriptor, quedan siempre el uno en frente del otro; además, los puntos y líneas de la superficie del cuerpo, se marcan directamente en la imágen radiográfica por medio de alambres metálicos deslizables y que se cruzan, y de ese modo pueden inscribirse al mismo tiempo que el perímetro del corazón. Ahora bien, en ningún caso se ha observado aumento de volumen de este órgano después de esfuerzos ni de ingerir alcohol, ni tampoco en las enfermedades agudas. En algunos de estos casos, se observaron graves alteraciones en el ritmo cardíaco, sin que á pesar de ello se hubiese presentado la menor dilatación del centro circulatorio. Yo atribuyo algunos errores que se han cometido en este concepto al nivel elevado del diafragma en los casos de corazón móvil, á una mayor acción del corazón que trabaja con exceso, y á una hiperdiástole que á consecuencia de esto se presenta.

El Dr. Lenhoff (de Berlín): Para mí son indudables los hechos de dilatación cardíaca consecutiva á grandes esfuerzos. Yo los he observado en los luchadores de circo y Albu en los ciclistas. Y como prueba, aquí presento el corazón de un joven que estando antes completamente sano contrajo una dilatación cardíaca aguda á consecuencia de un traumatismo, y por virtud de un trabajo excesivo.

El Dr. v. Chiegern (de Leipzig): De los corazones sanos ó enfermos que he examinado por medio de los rayos X, no he podido encontrar ninguno que estuviera dilatado. En los casos aludidos se trataba probablemente de un mayor estado de repleción del centro circulatorio.

El Dr. Rumpf (de Hamburgo): También yo creo que son muy raros los casos de dilatación cardíaca; yo sin embargo, he visto uno en que era indudable esta alteración. Por lo general, se trata de corazones que ya estaban enfermos.

El Dr. Hoffmann: La verdadera dilatación aguda del corazón no pasa rápidamente, sino que deja en pos de sí una distensión permanente del órgano.

(Wiener Klinische Wochenschrift). — R del Valle.

(Continuará)

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 23 de Mayo de 1902.

Leucemia linfática combinada con prurito. — El Dr. E. Lang: Un sujeto de treinta y nueve años se me presentó por padecer desde hace mucho tiempo de un prurito rebelde á todo tratamiento. La piel tiene un color muy pálido,

tirando á verdoso, y presenta, sobre todo en las extremidades, resíduos pigmentarios de un tamaño que varía entre el de una cabeza de alfiler y una lenteja. Sospechando un prurigo leucémico, examiné más al enfermo y encontré que están aumentados de volumen los ganglios linfáticos, las tonsilas, el hígado y el bazo y que el esternón está sensible á la percusión. Además, la palpación descubre en las capas profundas de la piel del vientre y zonas laterales del pecho, sobre todo la izquierda, nodulitos que parecen ser pelotones duros de tejido adiposo. El padre falleció de nefritis crónica, la madre de una enfermedad desconocida, y de 13 hermanos han fallecido 11, ya adultos, de enfermedades infecciosas, uno padece de hemorroides, y una hermana ha sufrido dos veces la trepanación, por padecer de un tumor del cerebro.

El paciente, de niño, estuvo sano; de joven tuvo muchas penas y privaciones, pero desde hace años vive con desahogo y sin necesidad de trabajar demasiado. Hace doce años le operaron de hemorroides; hace seis ó siete tuvo varios ataques de angina, y hace año y medio se presentaron en el antebraso izquierdo pústulas que le picaban mucho.

Con el tratamiento se extendió la afección á las cuatro extremidades: en media hora, y con un gran picor, se formaba un pápula con una vesícula en su centro, que al reventar, dejaba un punto rojo que se volvía pardo al curarse al cabo de una semana. Nunca se formaban de cada vez más de cinco vesículas. En la cara no aparecían pápulas; en la nucá y la frente sí, pero, aunque con picor, sin que se llegaran á presentar vesículas. Hace nueve meses se comenzaron á infartar los ganglios, que aumentan y disminuyen de volumen; desde hace tres meses perdió el peso del cuerpo 14 kilos, y entonces aparecieron también los nódulos subcutáneos del vientre. Hace veinte años ha tenido este enfermo una uretritis.

Con el aparato de Fleischl se encontró un 48 por 100 de hemoglobina, 4.464.000 glóbulos rojos y 234.000 blancos. En los primeros no se observó nada anormal; hay alguno nucleado y ningún megaloblasto. El aumento de leucocitos sólo se refiere á los mononucleares, y sobre todo á los grandes. Además, se encuentran muchas células típicas de la médula ósea y células eosinófilas (generalmente polinucleares), pero en corta cantidad.

Mientras estuve asistiendo á este enfermo, ví presentarse papulitas pálidas en los dedos y extremidades, y eflorescencias rojopálidas, como placas de urticaria y con puntitos hemorrágicos. Ambas erupciones iban acompañadas de gran picor, y al desaparecer quedaban en lugar de las placas puntitos de color parduzco; las pápulas duraban más, pero al fin también desaparecían. La sensibilidad del esternón á la presión no se apreciaba todos los días. Al terminar la micción solía salir una gota de sangre, pero sin nada de dolor. Las deposiciones eran diarréicas algunos días.

Las lesiones cutáneas eran de dos clases: unas transitorias, las pápulas y placas pruriginosas, y otras permanentes; los nódulos subcutáneos del vientre son probablemente depósitos linfaticoleucémicos. El análisis de la sangre revela una combinación al parecer de leucemias linfática y mielógena, ó una linfosarcomatosis, aunque no hay base clínica en qué fundar este último diagnóstico. Sólo desde hace tres años se han presentado afecciones oculares, como conjuntivitis flictenular, infiltración querática superficial ó sim-

ple conjuntivitis catarral; pero siempre han sido afecciones leves y muy fugaces. Lo único que ha llamado la atención son prominencias muy pequeñas y vasculosas que aparecieron en la conjuntiva palpebral; con toques de nitrato argéntico al 2 por 100 se disiparon, y hoy apenas queda vestigio de las mismas. Con el oftalmoscopio sólo se ven las venas más claras que de costumbre, como corresponde á la palidez general.

Atrofia idiopática y extensa del cutis.—El Dr. E. Lang: Aquí presento una mujer de cincuenta y nueve años, que tiene la piel de las extremidades inferiores de color rojo obscuro, excepto la de la planta y bordes de los piés. A través de la piel atrófica se ven serpear las venas muy tortuosas hasta en sus últimas ramificaciones. La piel forma un sinnúmero de pliegnecitos, y cuando se la levanta para formar un pliegue mayor, no se borra éste espontáneamente. En los límites de la lesión la piel está muy pegajosa, rojiza y con un poco de descamación, pero en el estado de inflamación ligera que precede á la atrofia. Las articulaciones conservan su movilidad. La lesión es simétrica, pero asciende menos en el muslo derecho que en el izquierdo.

Se han hecho tres preparaciones microscópicas: en una se ve la infiltración crónica poco graduada y en forma de estrías anejas á los vasos; en la segunda, la atrofia es más acentuada y ha desaparecido el cuerpo papilar; en la tercera se ve la desaparición de las fibras elásticas.

Efectos demasiado intensos de los rayos X. — El Dr. Ehrmann: Aquí presento un sujeto que ha sido sometido hace dos años, un año y algunos meses á la aplicación de los rayos X, con objeto de depilar zonas determinadas de la piel. Hace dos años y después de una dermatitis, quedó una úlcera circunscrita del carrillo derecho que se curó; hace un año no sobrevino nada de inflamación y hace dos meses empezaron á formarse ectasias vasculares en las partes tratadas con los rayos X, lo mismo en las zonas cicatriciales que en las que no presentaban ninguna alteración. Asemejan un naevus vasculosus, pero de ramitas vasculares gruesas. Es indudable que esta lesión reconoce por causa los rayos X, porque se circunscribe exactamente á las zonas tratadas por los mismos. Lo que sí no se observa es indicio de inflamación. Enseña este caso que los fenómenos que provocan los rayos X en la piel, aunque no se produzca ninguna lesión destructora, no reconocen por causa una simple degeneración de los elementos celulares, sino que también interviene el sistema vascular.

El Dr. H. Teleky: Hay dos métodos de aplicar los rayos X en los casos de hipertricosis: el de sesiones cortas y repetidas en que la piel sólo se pone roja y no se inicia la caída del pelo hasta las quince ó veinte sesiones, y el de sesiones muy separadas en que se fuerza la radiación röntgeniana ó se varía en su modo de aplicación, en cuyo caso la piel toma un color pardo obscuro y la caída del pelo se inicia á las dos ó tres sesiones. Con este último método he visto desarrollarse telangiectasias; no sé si con el primero sucedería lo mismo.

El Dr. Spiegler: Las telangiectasias del caso actual son tan características que desde luego se comprende su origen. Por cierto que llama la atención el tiempo que tardan en desarrollarse después de aplicados los rayos X; en un caso de que tengo noticia, tardaron en presentarse un año. Por desgracia resisten á todo tratamiento.

El Dr. Lang: En la literatura se encuentran mencionados casos análogos y yo también los he visto en mujeres que me consultaron para curarse de su adquirida deformidad.

El Dr. Ehrmann: No se trata de dilucidar si convienen las aplicaciones débiles y muy repetidas de los rayos X ó las fuertes y distanciadas, sino de saber si aun sin presentarse inflamación se produce un efecto reactivo sobre los elementos celulares, lo cual permitiría obtener la depilación, sin otras alteraciones histológicas. Se ve en el caso actual que sin que haya fenómenos inflamatorios y cuando se reproduce el pelo caído, se desarrollan ectasias vasculares en una piel normal, al parecer, con lo cual está demostrado que, aun sin producir la depilación radical, pueden sobrevenir, sin duda alguna, trastornos del sistema vascular; pero no existe una acción puramente electiva, y probablemente son interesados también otros elementos histológicos.—R. del Valle.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 6 de Marzo de 1902.

Hemorragia interna en el aborto tubario y modos de tratarla.—El profesor *Ott* empieza su discurso haciendo constar que, á pesar de lo mucho que se ha publicado sobre su tema, éste dista aún mucho de hallarse bastante aclarado. Ante todo, conviene saber la suerte que cabe á la sangre derramada en la cavidad abdominal. Hasta estos últimos tiempos había quedado obscura esta cuestión patológica. Por un lado, se sabía que la cavidad abdominal absorbe rápidamente la sangre que va á parar á la misma; mas por otro lado, se han observado bastantes casos en que esta sangre quedó sin absorber. En el embarazo extrauterino existen las mismas condiciones que en el uterino; mientras el huevo (mola cruenta) se halla en la cavidad que le sirve de receptáculo, una hemorragia de las paredes de la misma, resultado de la desimplantación del huevo, continúa hasta que la cavidad se libra de su contenido anormal. Si en el embarazo tubario las paredes de la fiebre fetal están enteras, la sangre puede derramarse tan sólo por el extremo abdominal de la trompa. Ahora se sabe que la sangre derramada en la cavidad abdominal no se reasimila, sino que está perdida para el organismo. Por esto, la preñez extrauterina va acompañada de anemia progresiva, según ha hecho constar Sänger. Si la hemorragia se verifica en la cavidad abdominal libre, resulta peligrosa, mientras que si tiene lugar en una cavidad quística, de paredes de nueva formación, la acumulación de la sangre misma, ejerciendo cierta presión, impide la continuación de la hemorragia, de modo que la formación de un hematoma representa una especie de arma defensiva del organismo contra la hemorragia, sólo que á veces se observan casos del llamado incremento periódico de los hematomas, que lleva á las enfermas á un grado considerable de anemia. Ott ha tenido ocasión reciente de observar dos casos instructivos; en ambos había indicación para operar un hematoma retrouterino complicado con embarazo extrauterino. En uno de estos casos, la paciente enviada á la Clínica para la operación de la preñez extrauterina, había estado en observación durante unas seis semanas. Como el embarazo era reciente y el tumor pequeño, se quería aguardar para

ver si acaso la sangre se absorbiera y el tumor desapareciera espontáneamente. Pero resultó que éste, tras varios ataques de recrudecimiento, aumentó considerablemente de volumen, de modo que hubo de procederse á la colpotomía posterior, que se hizo, según el método propio de Ott, con iluminación de la cavidad abdominal. Después de evacuar los coágulos sanguíneos, se vió que en la cavidad del hematoma había penetrado el extremo franjeado de la trompa, en el cual se había implantado el óvulo fecundado.

En el segundo caso (enero de este año) se hizo también la incisión del fondo posterior y la extracción de los coágulos sanguíneos de la cavidad del hematoma, en la cual, mediante la iluminación, se distinguió claramente el óvulo fecundado inserto en la luz del extremo abdominal de la trompa, del cual se extrajo el óvulo mediante una incisión, formando el color bermejo de la sangre saliente un notable contraste con el color obscuro de los coágulos alrededor. Penetrando primero con el dedo, luego con la pinza y después con la cucharilla, Ott extrajo de la cavidad de la trompa todos los restos del óvulo, procediendo exactamente como si se tratase de la cavidad uterina. El tratamiento consecutivo consistió en el taponamiento de la bolsa del hematoma con gasa yodoformada.

Estos casos (posteriormente Ott tuvo ocasión de operar dos más) tienen gran interés clínico, puesto que, gracias á la técnica elaborada por el conferenciante de la incisión vaginal y consecutiva iluminación de la cavidad abdominal, se consigue la posibilidad (*mutatis mutandis*) de tratar el embarazo extrauterino (tubario) con intacta inserción del óvulo, exactamente de la misma manera conservadora que se emplea en la preñez uterina, pudiendo esto obtenerse en un gran número de casos por la vía extraperitoneal, es decir, por un método absolutamente inofensivo para la paciente. Resulta obvia, pues, la enorme importancia del método vaginal, cuya aplicación al tratamiento conservador de las afecciones de los anexos debe calificarse incondicionalmente de *método ruso*, no tolerándose que con él suceda lo mismo que con el método de la aplicación intrauterina del vapor, del que se apoderaron los extranjeros.

A la pregunta del Dr. *Guersoni* cómo proceder para la eliminación del huevo en el aborto tubario, el profesor Ott contesta que sencillamente, penetrando en la incisión del fondo posterior, alcanzando la trompa, introduciendo cautelosamente el dedo en la abertura de la misma para sacar todo el huevo, y limpiando luego las paredes de la cavidad con el dedo y la cucharilla.

La profesora *Ulesko-Stroganova* pregunta qué debe hacerse en los casos de embarazo tubario en que el extremo abdominal de la trompa se halla adherido, como sucede á menudo.

El profesor *Ott* responde que en los frecuentes casos de aborto tubario no es general la proliferación del extremo franjeado de la trompa; por regla general, en la operación se encuentran las adherencias ya desprendidas. Mas la posibilidad de esta proliferación, demuestra la necesidad de operar cuanto antes para no dejar tiempo para la formación de adherencias, que, por lo demás, suelen ser muy fofas que se deshacen fácilmente y no dificultan penetrar con el dedo en la trompa. Si en un caso resultan más consistentes, podrá hacerse una incisión en la trompa para sacar el óvulo fecundado y luego suturar la incisión.—(*Zhurnal akusherstva*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

El guayacol en la epididimitis blenorrágica.—El Dr. Bocci ha tratado 10 casos de epididimitis blenorrágica, combinando el reposo en la cama con la aplicación diaria á la parte afectada de una pomada compuesta de 5 partes de guayacol y 50 de vaselina, envolviendo después la parte con algodón en rama y colocando un suspensorio. Según el autor, el efecto analgésico es brillante y casi inmediato, y á los cuatro ó cinco días han retrogradado las manifestaciones inflamatorias. El efecto del guayacol es tanto más marcado, cuanto más aguda es la inflamación. A los doce días próximamente puede darse por terminado el tratamiento.—(*Gazzetta de ospedali*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la uña encarnada.—El Dr. C. Blanc ha dedicado su tesis al estudio del tratamiento de la uña encarnada, sobre todo médico, recomendado, entre otros autores, por el Dr. Monprofit. Este tratamiento consiste en el empleo del nitrato de plomo, aplicado del modo siguiente: los días que preceden á la aplicación de este tópico, el enfermo se dará baños prolongados de piés, que tienen la doble ventaja de limpiar la extremidad del dedo y reblandecer los tejidos fungosos. Con una espátula metálica delgada se introduce entre la uña y el rodete fungoso, hasta el fondo de la ranura, una mecha de algodón bastante ancha para cubrir la parte sana de la uña. Esta mecha se prepara arrollando el algodón entre los dedos y deslizándolo paralelamente á la ranura dispuesta así; en el fondo formado por el rodete fungoso, se aplica el nitrato de plomo y se le cubre con el algodón, que tapa la uña. Se coloca encima otra capa de algodón, y el apósito se sostiene con una venda de gasa húmeda. La cura se renueva todos los días, hasta que los tejidos saniosos desaparecen y puede verse el borde enclavado de la uña. Bastan para conseguir este resultado tres ó cuatro aplicaciones de nitrato plúmbico. Entonces se suprime éste, y con paciencia se logra en una ó dos sesiones elevar el borde de la uña, introduciendo debajo un poco de algodón. Se hace una cura seca, que se continúa hasta la curación. La uña crece sobre tejidos que están en cierto modo curtidos y apergaminados; sigue su camino normal y el enfermo está curado. Si hay recidiva, que es rarísima, se emplea de nuevo el mismo tratamiento. Este método tiene la ventaja de ser poco costoso, fácil de emplear, barato y casi indolente, y no obliga á permanecer en reposo. El Dr. Blanc publica 20 observaciones nuevas, que demuestran la posibilidad de obtener así la curación en cinco á quince días.—(*Journal de med. et de Chirurgie practiques*).—F. TOLEDO.

Falsedad de la ley de Profeta. — Sabido es que Profeta ha sentado la tesis de que una madre que tenga manifestaciones sifilíticas contagiosas, es incapaz de infectar á su hijo, aun cuando lo amamante, y hasta hay autores que afirman que los hijos de padres sifilíticos no pueden contraer la sífilis porque nacen inmunes respecto á esta enfermedad.

Ahora bien, el Dr. Leopoldo Glück demuestra, tomando por base un caso de su observación personal, que una madre atacada de manifestaciones sifilí-

ticas recientes, es capaz de contagiar á su hijo sano, aunque ésta tenga pocas semanas, y por lo tanto, entiende que estos niños no gozan de la pretendida inmunidad. Los hijos de madres sifilíticas que por excepción nacen sanos, sólo dejan de contagiarse mientras conservan intacta la piel y las mucosas; en el caso contrario, el veneno sifilítico los invade lo mismo que á los hijos de no sifilíticas.

Como quiera que además del caso del Dr. Glück ya se conocen otros 20 análogos, entiende el autor que la ley de Profeta es falsa, aun en su sentido extricto, y por consiguiente, que no se debe exponer á los pocos niños que nacen sanos de madres sifilíticas, al peligro de que los contagien por medio de la lactancia.—(*Wiener med. Wochenschr*).—R. del Valle.

Tratamiento de la faringitis granulosa. — En las formas agudas aconseja el Dr. Moure colutorios alcalinos, bóricobromurados, con ó sin cocaína. En las crónicas recomienda tocar las faces una ó dos veces por semana con la preparación siguiente:

Yodo metálico	25	centígramos.
Yoduro potásico	30	—
Láudano de Sydenham	3	gramos.
Glicerina pura	120	—

Esta preparación puede emplearse también en colutorio agregando una cucharadita á medio ó un vaso de agua tibia.

La tintura de guayaco en colutorio suele ser eficaz. Se emplea diluyendo en medio vaso de agua tibia una cucharadita de la preparación siguiente:

Borato sódico		6	gramos.
Antipirina		4	—
Tintura de guayaco	aa.	5	—
Alcohol de menta			
Glicerina neutra		140	—

En general, los toques se emplearán en los períodos de calma y los colutorios en los de exacerbación. Es preciso examinar el estado de las mucosas nasal y nasofaríngea para conocer si radica en ellas la causa de las infecciones.

Para asegurar la curación son necesarias las aguas minerales arsenicales ó alcalinas según el estado general del enfermo.

(*Journal de Méd. de Bordeaux*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE CRUP SARAMPIONOSO

POR

DON JOSÉ MONMENEU

De las Sociedades Española y Francesa de Higiene.

La difteria y el crup son complicaciones propias del sarampión. El catarro que sufren las mucosas del aparato respiratorio desde el periodo de invasión ó prodrómico de esta fiebre eruptiva hasta después de terminada la descamación, crea un estado de susceptibilidad que predispone al organismo del sarampionoso á padecer otras enfermedades como la bronquitis capilar y la bronconeumonía, resultado de la sobreagudización ó exacerbación de la bronquitis sintomática morbillosa, ó de la retropulsión del exantema, la faringitis y la laringitis diftéricas y otras infecciones, producidas por nuevo contagio ó por la exaltación de la virulencia de determinados microorganismos.

En los hospitales, donde son grandes por regla general las dificultades para aislar las distintas enfermedades infecciosas, se ven con relativa facilidad las infecciones secundarias de naturaleza diftérica, complicando unas veces, siguiendo otras á la erupción morbillosa; mas en la clínica civil, donde se observan pocos casos de crup, no siempre se pueden atribuir al contagio, y hay que suponerlos producidos por haber adquirido virulencia gérmenes morbosos de que es portador el mismo sarampionoso, y que no siendo habitualmente patógenos, llegan á hacerse en cuanto una circunstancia apropiada favorece su transformación.

Ejemplo de ello ofreció una niña de cuatro años que asistí con el Dr. González Montes en el mes de enero de 1901. La erupción había seguido su curso regular hasta el día sexto de enfermedad, en el cual

se presentaron pequeñas epistaxis, se exacerbaron los síntomas catarrales y reapareció la fiebre, llegando á 40°, acompañada de fenómenos nerviosos de ligera excitación cerebral con insomnio. Entonces quiso mi ilustrado compañero dispensarme el honor de que viera en consulta á su enferma. Nada de particular hubo que anotar en la semana siguiente : el exantema fué desapareciendo con alguna lentitud, pero no la fiebre ni la tos, y el día 6 de febrero, cuando de nuevo visité á la niña, aún conservaba, como recuerdo de su enfermedad, ligero recargo febril vespertino, disfonía, tos seca, respiración anhelosa, estertores sibilantes traqueobronquiales, y los síntomas propios del catarro laríngeo y de catarro de los bronquios gruesos en vías de resolución.

Con ellos continuó por espacio de otra semana, y el día 11, á los veinte de empezar la enfermedad, los fenómenos laríngeos tuvieron recrudecimiento, que no dejaba duda acerca de su naturaleza crupal : extinción de la voz, tos áspera, por accesos, compuesta de dos ó tres espiraciones, respiración angustiosa, difícil, con ruido, expectoración catarral, depresión de la fosa supra-esternal y del hueco epigástrico, fiebre y pulso muy frecuente. Tal era el cuadro sindrómico de la niña, y ante él, determinamos, de acuerdo, que se le inyectara el suero antidiftérico, á reserva de hacerle la intubación si los accesos sofocantes la hacían indispensable.

Por carecer nosotros de suero, solicitamos el inteligente concurso del Dr. Robert, el cual le inyectó 20 cent. cúb. del de Roux, y desde ese momento se le suspendió toda medicación farmacológica, quedando en observación hasta nueva orden.

Tenía entonces la niña 38°,3 de temperatura, y su orina acusaba la presencia de albúmina en cantidad muy pequeña. Por la noche, la fiebre era menor, y la expectoración estaba en totalidad constituída por falsas membranas.

Al día siguiente, como pasadas veinticuatro horas, siguieran con escasa diferencia las alteraciones laríngeas, se le practicó nueva inyección de 10 cent. cúb., y desde entonces la enfermedad entró en período de franca modificación, llegando á su término favorable, sin otra particularidad digna de anotar que una erupción roseólica en el vientre y las articulaciones de las extremidades inferiores, que se presentó á los once días de la primera inyección y se extinguió espontáneamente, sin tratamiento alguno.

La aparición de la laringitis crupal ó diftérica como complicación del sarampión, no es excepcional; todos los autores la consignan.

West, Rilliet y Barthez, Henoch, Guinon, Lewis-Smith, Renault....., hablan de ella, y dicen que se desarrolla del tercero al sexto día, en la segunda semana, al empezar ó al declinar la erupción, y aun tres ó cuatro semanas más tarde, lo cual parece indicar que se presenta en cualquiera época de la enfermedad ó la convalecencia. Sin embargo, las complicaciones diftéricas no suelen aparecer al principio del sarampión, lo mismo que sucede en la escarlatina, y cuando se observan síntomas laríngeos dudosos en el período inicial, son, generalmente, de falso crup. En nuestra enferma se observó el crup verdadero con todos sus indubitables caracteres á los veinte días, bastante después de que el exantema desapareciera. Lo menos común, y por eso lo interesante del caso, es que no vaya precedido de contagio.

Trata de explicarse la génesis de toda enfermedad microbiana, por la entrada en el organismo humano de los gérmenes específicos correspondientes; pero en aquel caso, la niña no había salido del cuarto, ni siquiera de la cama en que pasó su enfermedad primitiva, y estaba sujeta al más riguroso aislamiento cuando se le observó la laringitis crupal; de modo, que no podía referirse con razón el origen de su nueva enfermedad al contagio, porque ni era posible que los gérmenes fueran llevados de fuera por persona alguna, ni fácil que preexistieran en la bien aireada y limpia habitación donde la enferma se hallaba.

Importaba, pues, ante la falta de la filiación etiológica, determinar clínicamente con exactitud más que en cualesquiera otras circunstancias, la naturaleza de la laringitis, porque si siempre conviene establecer el diagnóstico para instituir el tratamiento, es de necesidad formularlo con prontitud cuando de afecciones diftéricas pueda tratarse, para administrar con oportunidad el suero.

Preséntanse como complicaciones laríngeas del sarampión, aparte del catarro laríngeo, síntoma constante de la enfermedad primitiva desde su período prodrómico, la laringitis catarral en su forma grave y ulcerosa, la estridulosa ó pseudocrup y la diftérica, y aunque la amenaza de asfixia es fuente de una indicación común á todas, la intubación, la terapéutica fundamental es muy distinta, según la naturaleza de cada una de las variedades.

Precedida la laringitis catarral como las otras laringitis por los síntomas del catarro laríngeo, se revela por la ronquera, la afonía, la tos, el dolor á la presión sobre los cartílagos, la expectoración mucosa ó ligeramente teñida de sangre si la congestión es intensa, la

disnea y hasta los accesos de sofocación que indican generalmente la formación del edema de la glotis.

Esta forma de laringitis, sólo sin atenta observación podría confundirse con la crupal, puesto que si bien la tos de la laringitis diftérica es también ronca, áspera y alguna vez afónica, á causa de las pseudomembranas que obstruyen la laringe y dificultan ó impiden la vibración de las cuerdas vocales, y hay también dolor al comprimir el órgano enfermo, la inspiración con ruído de sierra, la espiración ruidosa, la forma de la disnea con hundimiento de la horquilla esternal y del epigastrio, la prolongación de los movimientos respiratorios sin aumento de su frecuencia, y más tarde, la expulsión de falsas membranas, permiten distinguirla con claridad, y constituyen elementos de diagnóstico que autorizan á prescribir sin vacilación la terapéutica oportuna, aun antes de que el microscopio dé la comprobación clínica.

Más difícil es diferenciarla algunas veces de la estridulosa ó pseudocrup, cuya sintomatología es tan parecida que da origen con frecuencia á errores de diagnóstico, corrientes en la práctica; pero si alguna duda pudimos tener durante los primeros momentos, quedó bien pronto desvanecida por el análisis de la manera lenta de empezar la enfermedad, el carácter de la tos, ronca y velada, la afonia y la falta de los accesos nocturnos de sofocación, propios del falso crup, y nuestro juicio clínico quedó ratificado por el microscopio, en cuya platina se apreciaba con perfecta claridad el bacilo de Klebs-Loeffler, aislado y formando colonias, veinticuatro horas después de recogida la secreción laríngea y hechas las preparaciones correspondientes por el Dr. Robert

Ya no se duda de la posibilidad de la naturaleza diftérica de la complicación laríngea en el sarampión. Hubo un tiempo en que se consideraba el crup morbilloso como distinto del primitivo. Rilliet, Barthez y West, suponían que no era específico, sino inflamatorio: Cadet le asignaba como posibles los dos orígenes; Archambault y el mismo Rilliet intentaron diferenciarlos, suponiendo que en el crup del sarampión son menos roncas y más afónicas la voz y la tos, poco frecuentes los accesos de sofocación, menos sibilante la inspiración, más rara la expulsión de falsas membranas y más tardía la disnea; Eichhorst decía que todas las complicaciones sarampionosas tienen marcado carácter inflamatorio, recordando á propósito de ello, que las infecciones secundarias están casi siempre producidas por los estreptococos de la inflamación, y sólo excepcionalmen-

te son efecto del transporte ó metastasis del microorganismo específico; mas las investigaciones de Roux, Yersin y Morel, que hallaron el de Klebs en la pseudomembrana del crup morbilloso, dilucidaron la cuestión, que no pudo serlo para nosotros en aquel caso, una vez visto el bacilo obtenido por el cultivo de la secreción laríngea de la niña.

No es, por tanto, extraordinario, que la laringitis crupal se produzca en el curso ó la convalecencia del sarampión, sin previo contagio, reconociendo origen autóctono. Los gérmenes morbosos de que en plena salud somos portadores, adquieren seguramente virulencia por circunstancias que crea la enfermedad primitiva, y actuando sobre organismos modificados total ó parcialmente por la infección primera, y de defensas fagocitarias debilitadas ó agotadas, se convierten en causas de infección secundaria. Así se explica la aparición de las neumonías, tuberculosis, y tantas otras complicaciones y secuelas como se observan en el sarampión; así la furunculosis, por ejemplo, que se desarrolla después de enfermedades generales como la escarlatina, la viruela y otras infecciones que dejan gran depresión orgánica, y reducen el sitio de la localización mayor del mal á la condición de órgano de menor resistencia, el más apto para recibir las nuevas infecciones.

Rara vez aparece de pronto el crup en el sarampión; de ordinario se desarrolla lentamente, como sucedió en nuestro caso, en el cual pudieron seguirse paso á paso sus progresos, desde sus primeras manifestaciones hasta el *tiro* y la expulsión de falsas membranas.

Hasta qué punto sean frecuentes las complicaciones crupales, no es fácil precisarlo. De seguro lo son menos que la bronconeumonía, las anginas, las enterocolitis, las inflamaciones del oído medio y otras Entre 274 enfermos de sarampión que comprenden las estadísticas del Hospital general, publicadas por el Dr. Codina en su hermoso libro de *Fiebres eruptivas*, sólo figura un caso de difteria y otro de laringitis crupal, y en la clínica civil, ni aun durante la última epidemia de difteria, época la más apropiada para esta complicación, se observaron muchos casos.

Aunque el pronóstico se ha modificado bastante, la laringitis crupal secundaria sigue siendo más grave que la idiopática, no sólo porque el estado general del enfermo se halla alterado por la enfermedad primitiva, sino por la susceptibilidad morbosa en que queda el aparato broncopulmonal después del sarampión, que tan directamente lo afecta.

Desde el descubrimiento del suero antidiftérico, no es dudoso el tratamiento del crup. Ya hemos visto los resultados de su empleo en el caso que motiva estas líneas: dos inyecciones de suero Roux de 30 centímetros cúbicos en total, sin otra medicación, bastaron para dar cuenta de aquella infección secundaria que se presentaba con sus síntomas amenazadores característicos.

La terapéutica de la difteria, primitiva ó secundaria, y cualquiera que sea su localización, no puede ser hoy otra que la del suero: ninguna le aventaja en éxitos. Ocho años transcurridos desde que la célebre comunicación de Roux al VIII Congreso internacional de Higiene de Buda-Pest popularizó el descubrimiento de Behring, han sancionado la eficacia de un procedimiento, que si en un principio pudo parecer atrevido, hoy nadie discute. Pero la exactitud de sus resultados impone la necesidad de la mayor precisión en el diagnóstico, porque si bien es probable que la inyección de suero antidiftérico influya favorablemente sobre todas las afecciones catarrales ó inflamatorias de la mucosa faringolaríngea, no puede ser indiferente inyectar un líquido tóxico en todos los casos y cualquiera que sea la naturaleza de la enfermedad, pese á las tentativas actuales para aplicarlo á las más diversas infecciones y á la facilidad con que en clínica, mala, pero al fin y al cabo clínica, se atribuyen éxitos á la aplicación ó administración de medicamentos que sólo tienen con la curación de la enfermedad relación de coincidencia.

El suero antidiftérico ha producido revolución completa en la terapéutica y también en la prognosis de la enfermedad. Con él y la intubación se ha conseguido evitar las complicaciones broncopulmonales que eran la regla en los casos de crup morbilloso, cuando había necesidad de practicar la traqueotomía.

La sueroterapia y la intubación han hecho, pues, del crup rubeólico, antes muy grave, fatal muchas veces, enfermedad casi leve, y de las más accesibles á la intervención médica.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. El agente patógeno de la sífilis.— II. La piedra de vidrio y el vidrio armado como material de revestimiento. — III. Sobre inmunización contra la difteria.— IV. Acciòn de la luz azul. — V. La lámpara de arco de hierro: efectos — VI. Uso de la leche no diluída: precauciones.

I. Max Joseph y Piorkowski han hecho investigaciones sobre el agente patógeno de la sífilis (Soc. de Med. berlinesa, 1902), partiendo del siguiente concepto: un sifilítico antiguo no contagia á su mujer; pero si ésta queda embarazada, la contaminación puede efectuarse en el feto, en la madre ó en los dos, lo cual permite suponer que el esperma es el vehículo del contagio y que la placenta constituye un buen terreno para el germen.

Han sembrado fragmentos estériles de placenta con esperma de 22 sujetos sifilíticos recientes (de cinco semanas á tres años y medio). Aparecen pequeñas colonias vinosas, de color gris, transparentes, extendidas superficialmente, que á las treinta horas tienen un aspecto turbio y se hacen salientes. Están compuestas de bastoncitos hinchados por los dos extremos, á modo del bacilo diftérico, coloreables con el método de Gram y no resistentes á los ácidos. Estos cultivos son trasplantables á diversos medios; pero si se les siembra directamente con esperma quedan estériles.

Cinco cultivos de sifilíticos antiguos y cuatro de no sifilíticos no dieron resultado.

Inyectados los cultivos puros á ratones, conejos, conejitos de Indias, no hubo fenómeno morboso alguno; un lechón de cuatro semanas tuvo una erupción localizada en la parte posterior del cuerpo; pero como murió poco después de *rouget*, es muy posible que deba atribuirse esta dermatosis á dicha infección.

II. La serie de substancias y de procedimientos recomendados para pavimentar los suelos de la calle y de las habitaciones y para revistar la superficie interna de las casas, prueba, desde el primer momento, que no se ha dado con lo apetecido y que estamos lejos de haber satisfecho todas las condiciones higiénicas. Cuál más, cuál menos, tiene sus inconvenientes. Dos nuevos elementos intervienen

en la contienda: la *piedra de vidrio* y el *vidrio armado*. Cuanto voy á decir sobre ellos está tomado casi á la letra de un artículo (*O ideal higienico de revestimento e pavimentação: a pedra de vidro e o vidro armado*), que ha aparecido en la *Gazeta Medica de Bahia*, número de abril de este año, suscrito por el Dr. Afranio Peixoto.

El vidrio, ya se sabe, es una substancia dura, quebradiza, transparente, insoluble en el agua é inatacable por casi todos los ácidos minerales, fusible de 1200 á 1250°, resultante de la combinación del silicato potásico ó el sódico con uno ó más de los silicatos cálcico, magnésico, bárico, alumínico, férrico, zíncico ó plúmbico, composición que hace la variedad de clases que se conoce. Entre el vidrio ordinario de vidrieras (silicato doble de sodio y de calcio) y el cristal (silicato doble de potasio y de plomo), hay todas las variantes que proporciona la industria. Si el vidrio es mantenido largo tiempo á una temperatura próxima á la fusión y luego se le deja enfriar lentamente, resulta el cambio llamado antes *desvitrificación*, y hoy, al parecer con más propiedad, *cristalización* del vidrio: se forman entonces cristales en forma de agujas, que invaden toda la masa vítrea coloide y resulta un cuerpo opaco, designado con el nombre de *porcelana de Reaumur*, por haber sido éste el primero que observara tan curioso fenómeno.

Berzelius, Pelouze y otros opinaron que la desvitrificación era una simple modificación física, explicada por Schubarth como un hecho de discontinuidad molecular; Dumas y Péligot admitieron que ciertos silicatos del vidrio cristalizaban en el vidrio opaco y que el resto era una especie de agua madre análoga á la de las cristalizaciones comunes. Lo que todos aceptan es que no hay diferencia química entre el vidrio común y el desvitrificado, y que apenas un exceso de algunas substancias, como la silice (Pelouze, Stein, Benrath), la cal (Bontemps), la potasa (Hock) ó cualquiera otra en demasía, ácido silícico, cal, plomo, potasa, etc. (Clémandot), producía la tendencia á la desvitrificación.

A pesar de las tentativas de Reaumur y d'Arcet, la porcelana de vidrio no pasó de una curiosidad, cuando no un perjuicio en la fabricación, una plaga, que era preciso evitar, designándosela con epítetos bien expresivos: *vidrio estropeado*, *vidrio podrido*, *vidrio roñoso*. Después de esta mala fama, el vidrio opaco fué llamado á transformarse en piedra de vidrio y á causar una revolución.

La *piedra de vidrio* está formada de fragmentos de vidrio común desvitrificado por fusión lenta y modelados por presión en bloques

compactos. Industrialmente se la prepara enfriando con rapidez en depósitos de agua grandes masas de vidrio fundido; el enfriamiento lo solidifica y es partido en numerosos fragmentos (1); éstos son llevados de nuevo al horno para la *refusión* desvitrificadora, y una vez obtenida la masa homogénea de vidrio opaco, son sometidos en la prensa hidráulica á una presión de 150 kilogramos por centímetro cuadrado. Queda así hecha la piedra de vidrio, que ha costado á Garchey, su autor y preparador, diez años de grandes esfuerzos.

La piedra de vidrio, como material de revestimiento, tiene los siguientes caracteres:

Resistencia al choque.—Se necesita el choque de un mazo de 4200 kilogramos de peso, que caiga, término medio, 22 veces de un metro de altura para romperla. En iguales condiciones, 19 golpes á lo más son necesarios para el desmenuzamiento de la escoría de los altos hornos y de la cuarcita de Roule, los materiales hasta ahora usados para pavimentar.

Resistencia á la compresión.—Recurriendo al método de Töppel, de Munich, el granito apenas soporta 650 kilogramos por centímetro cuadrado, y la piedra de vidrio resiste 2023. Operando á temperatura de — 20°, el resultado fué el mismo.

Resistencia al roce.—Resiste mucho más la piedra de vidrio que el pórfido de San Rafael, y dos veces más que la piedra de Comblanchieu, una de las más duras usadas en Francia.

Resistencia á la tracción. — Según los experimentos hechos en el Laboratorio de Puentes y Calzadas, de París, el esfuerzo por centímetro cuadrado de adherencia fué de 15'3 kilogramos, de suerte que la chapa de vidrio más común de 0'50 metros por 0'33, exigiría una fuerza de 25.000 kilogramos para ser arrancada.

Inalterabilidad por los agentes físicos y químicos.—A—20° no sufre alteración alguna, como ya queda dicho, y son necesarios 1200 á 1250° para que el calor haga sentir sus efectos. Sólo el ácido fluorhídrico puede atacarla.

Inconductibilidad para el calor y la electricidad. — Tan mala conductora del calor es la piedra de vidrio, que no transmite ni recibe calor en las temperaturas extremas de las estaciones; es un verdadero aislador. En contra de la opinión de Henrivaux (*Enciclopedia*

(1) Es algo comparable esta operación al enfriamiento brusco en un baño de aceite de 150 á 800°, usado por Bastie para su vidrio templado, ó al enfriamiento súbito entre dos planchas de acero de 150 á 800°, que emplea Siemens para su vidrio endurecido.

de Fremy), la piedra de vidrio es muy mala conductora de la electricidad, todavía más que la porcelana común.

Ventajas higiénicas. — La piedra de vidrio es resistente, inatacable, no ruidosa, aisladora, impermeable, imputrescible, de limpieza facilísima, no produce polvo alguno ni retiene el que accidentalmente llegue hasta ella. Con ella es posible la desinfección segura, no realizada con ningún otro medio; apenas si cabe entre pieza y pieza una pequeña capa de cemento que no impide la antisepsis. Reverdin, de Ginebra, ha recurrido á esta piedra para su Policlínica. En los mataderos de la Villette de París, se exige tres veces por semana un lavado de las salas de matanza hecho con agua de Javel hirviendo; ningún material resiste más de seis meses, salvo la piedra de vidrio que no sufre deterioro alguno.

De estos y otros hechos se deduce las numerosas aplicaciones de este nuevo material.

Respecto á la pavimentación de las calles, Lyon ha sido la primera en revestir una de ellas, la de la República; Ginebra y Zurich la han empleado en más de una, y París en el suelo del puente de Alejandro III, en las aceras del ferrocarril metropolitano y ahora en la calle Tronchet.

En contra de la piedra de vidrio se ha dicho que en el supuesto de que una gran violencia llegara á romperla, quedaría una superficie cortante, opinión sin fundamento, pues se rompería como las otras piedras, no como el cristal. También se ha afirmado que la piedra de Garchey era cara, y la verdad es que resulta un 60 por 100 más barata que el mármol y el granito, que el metro cuadrado de madera vale en París 25 francos y sólo 18 el de piedra de vidrio, y que el mismo asfalto, de menor precio, cuesta más con las reparaciones y es desde luego menos higiénico. En una palabra, es el más sano y el más barato de todos los medios de revestimiento.

Las grandes ventajas del cemento armado, que han extendido tanto sus aplicaciones, han inducido á la propagación del *vidrio armado* ó *sidero-vidrio*. La red metálica queda empotrada en la masa de vidrio y la da la forma deseada. En estas condiciones, lo mismo puede servir para piezas de revestimiento que para hacer tubos de conducción de líquidos ó sólidos á presión, tubos eternos, inoxidables sin fisuras y sin escapes posibles.

Este vidrio armado tiene diez veces más resistencia que la piedra de Garchey. Una chapa de hierro fundido de 28 milímetros de grosor se deshace en fragmentos con el choque de un peso de 450 kilo-

gramos que caiga de una altura de tres metros, mientras que el vidrio armado resiste el mismo peso desde una altura doble. En esto se fundan las tentativas, en vías de realización, de la preparación de vigas y durmientes, de railes, etc., etc.

Como puede deducirse de lo expuesto y de cuanto es de presumir, se inicia una inmensa revolución, cuyas consecuencias son incalculables y de la que saldrá la Higiene grandemente beneficiada.

III. Estudiando Dzierzgowski la inmunización de los animales contra la difteria y la preparación del suero antidiftérico (*Archives des Sc. biol. de Saint Petersburg*, tomo IX), establece estas conclusiones:

1.ª La toxina debe ser inyectada bajo la piel. (La antitoxina es elaborada en el mismo punto de la inyección).

2.ª Toda causa morbosa hace disminuir el poder antitóxico.

3.ª Todo caballo inmunizado llega á un grado máximo de acción antitóxica; desde éste, todas las inyecciones que se hagan, lejos de aumentar, disminuirán este poder.

4.ª Los caballos que han sufrido sangrías repetidas, tienen un suero más nocivo (erupciones, etc.) que los sangrados en blanco después de la inmunización máxima.

IV. Minin, de San Petersburgo, valiéndose de una lámpara de arco voltáico de 50 bujías y de una pantalla azul, ha encontrado que la luz de este color, vertida sobre superficies inflamadas, tiene un poder tan sedante, verdaderamente anestésico, que se puede hacer incisiones sin producir el más leve dolor.

Kaiser, de Viéna, ha confirmado estos hechos, y atribuye á la luz azul propiedades bactericidas que tal vez pudieran efectuarse á través de los tejidos.

V. Una noticia interesante aparece en la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux* (13 de abril de 1902).

Si se reemplaza los carbones de las lámparas de arco con varitas de hierro ahuecadas, y enfriadas mediante una corriente de agua, el espectro, muy rico en rayos químicos, está casi desprovisto de rayos caloríficos. En estas condiciones, el efecto bactericida del arco es 30 veces más activo que el de las lámparas ordinarias.

Este hecho ha sido empleado en la fototerapia del lupus.

VI. Oppenheiner es partidario de dar á los niños la leche pura, pero con estas precauciones:

1.ª Los ensayos hechos con leche no diluída, han de efectuarse poco á poco, dando el primer día mitad leche y mitad agua, y hasta

más de ésta si es menester; luego, cada dos días, se pondrá 100 gramos más de leche y 100 menos de agua.

2.ª Durante el primer mes, la cantidad diaria no debe pasar de 500 gramos, de 750 el segundo y de 1000 el tercero y cuarto.

3.ª El número de comidas no debe ser superior á ocho durante las dos ó tres primeras semanas, á siete del segundo al cuarto mes, y luego á cinco, y lo más á seis. La leche pasteurizada es el mejor alimento para el niño, en tanto no se esté seguro de tener leche procedente de vacas exentas de tuberculosis.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

TRATADO DE MEDICINA Y DE TERAPÉUTICA, publicado bajo la dirección de los Dres. Brouardel, Gilbert y Girode; traducido al castellano por el doctor D. José Nuñez Granés; tomos I y II. Madrid 1901 y 1902.

El primer tomo consta de 912 páginas y el segundo de 928, formando en suma muy cerca de 2000, en las cuales se estudian exclusivamente las enfermedades parásitarias, y de éstas, excepto la actinomicosis, sólo las microbianas.

Encabeza el tomo I un extenso artículo (cerca de 140 páginas) del Dr. Girode, dedicado á las enfermedades microbianas en general. Con abundancia de datos experimentales expone la historia, por cierto bastante breve y parcial, la etiología, patogenia, anatomía y fisiología patológicas, semeiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de dichos procesos morbosos, considerados en su aspecto general. Descontando esa parcialidad de que adolecen casi todas las obras, y en particular las francesas, referente á la estudiada ó involuntaria omisión de gran número de trabajos extranjeros, defecto tan grande como el contrario, ó sea el de no citar los trabajos de la propia nación, como sucede con harta frecuencia entre los españoles, el artículo del Dr. Girode merece leerse con detención, puesto que expone con claridad todas las cuestiones palpitantes y de interés que los progresos bacteriológicos modernos han resuelto ó simplemente han esbozado, orientándolas por el camino de una futura resolución.

Sigue á esta especie de introducción general el estudio particular de las enfermedades microbianas, comprendiendo el presente tomo las siguientes: viruela, vacuna, varicela, escarlatina, sarampión, rubeola, sudor miliar, gripe, dengue, coqueluche, ingurgitaciones infecciosas de las glándulas salivares (de otro modo: parotiditis), difteria, estreptococcia y erisipela de la cara, estafilococcia, neumococcia, colibacilosis y fiebre tifoidea. Los autores respectivos de estos artículos, Dres. Auché, Surmont, Galliard, Wurtz, Grancher, Netter, Thoinot, Legroux y Hudelo, Grancher y Boulloche, Widal, Courmont, Landouzy, Gilbert y Brouardel y Thoinot, han demostrado especial interés en que sus trabajos estuvieran al corriente de los últimos progresos, incorporándoles las últimas creaciones de la clínica y del laboratorio en la fecha en que vió la luz la edición francesa.

Como novedades de este tomo, pueden citarse los artículos dedicados al estudio de la estreptococcia, estafilococcia, neumococcia y colibacilosis, en los cuales se parte del agente etiológico para describir las distintas localizaciones del mismo con todo el cuadro sindrómico respectivo, y formar un conjunto morboso que descubra la naturaleza de esos padecimientos que en la clínica no se pueden diagnosticar siempre con rapidez y seguridad. El artículo de Brouardel y Thoinot acerca de la fiebre tifoidea es una verdadera monografía (ocupa cerca de 200 páginas), que se consultará con fruto por todo médico que se quiera imponer en la patología y terapéutica del proceso debido á la evolución del bacilo de Eberth.

En el tomo segundo continúa y termina el estudio de las enfermedades microbianas y comprende el tifus exantemático, tifus recurrente, peste, fiebre amarilla, disentería, cólera asiático, tuberculosis, lepra, blenorragia, balanitis, vegetaciones, chancro venéreo, sífilis, muermo, carbunco, rabia, tétanos, beriberi, latirismo, reumatismo articular agudo y pseudoreumatismos infecciosos. La descripción de estas enfermedades que, como en el tomo precedente, contiene todas las novedades científicas conocidas hasta la fecha de la publicación francesa, ha corrido á cargo de los Dres. Netter, Deschamps, Masny, Vaillard, Thoinot, Straus, Hallopeau, Balzer, Menetrier y Widal, los cuales han contribuído con el prestigio de su nombre á realzar el mérito de la obra.

A nuestro modo de ver, la novedad de este segundo tomo consiste en un artículo añadido á la edición española y debido á la pluma del reputado bacteriólogo D. Jaime Ferrán, en el cual expone con

brevedad, precisión y sencillez sus originales investigaciones acerca de la tuberculosis y da á conocer el bacilo espermígeno, su transformación en tuberculoso y viceversa y la conversión de un colibacilo vulgar en bacilo de Koch, para llegar á deducir conclusiones de gran transcendencia práctica referentes á la inmunización antitisiógena y á la vacunación antituberculosa.

Termina este tomo por unas generalidades acerca de las enfermedades producidas por los hongos, escritas por Girode, y por un artículo de Menetrier, en el que estudia con alguna detención la actinomicosis.

En la imposibilidad de hacer un análisis de cada uno de los trabajos publicados en ambos tomos, nos limitaremos á decir que los autores respectivos no han escaseado sus conocimientos para que la obra resultara digna de sus nombres y pudiera competir con tantos otros Tratados análogos que con tan vertiginosa rapidez aparecen actualmente.

Sería injusto no mencionar la profusión de extensas notas que se encuentran en las páginas de estos dos primeros tomos, extraídas de la notable obra *Seroterapia* del infatigable traductor, y con las que éste ha avalorado ostensiblemente el caudal científico que atesora este notable Tratado, cuya edición francesa, terminada hace algunos años, tuvo excelente acogida entre la clase médica.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 31 *de Mayo de* 1902.

Extirpación de la laringe, epiglotis, bicides y pared anterior del esófago. Curación.—El Dr. *Mariani* presenta á la Academia, por encargo del Dr. Cisneros, un operado de extirpación total de la laringe, habiéndose verificado la operación hace un año con motivo de un epitelioma, sin que se haya reproducido la enfermedad, y hallándose el sujeto en cuestión en el estado más satisfactorio, aunque privado casi por completo del uso de la palabra y condenado á llevar toda su vida cánula laríngea.

De los pormenores de esta interesante historia clínica, ya tienen conoci-

miento nuestros lectores, por haberse publicado íntegra en el número del 21 de mayo último de nuestra REVISTA.

Fiebre glosopédica.—Tercia en el debate el Dr. *Mariani* y hace constar: que las aftas pueden presentarse en la fiebre tifoidea, según ha observado en su práctica; que la fiebre aftosa de los animales es poco contagiosa para el hombre, según ha demostrado la experiencia de los últimos años en que ha reinado y reina en España dicha epizootia, y que es muy notable que en un colegio donde las alumnas se hallan sometidas al mismo régimen, sólo se haya presentado un caso de la enfermedad que se discute.

El Dr. *Iglesias* dice que, aunque respeta el diagnóstico formulado por el Dr. González Alvarez, no puede aceptarle sin exponer sus dudas, pues hasta dicho señor manifestó, contestando al Dr. Villa, que no había visto ni leído otro igual, y que de los once ó doce padecimientos que de los animales pueden transmitirse al hombre, y entre los cuales se halla el carbunco, la rabia, las tiñas, la actinomicosis, la tuberculosis, el muermo, la sarna, los quistes hidatídicos y la glosopeda, esta afección es la menos transmisible y contagiosa.

El cuadro morboso que presentó la enfermita, observado por el Dr. González Alvarez, no corresponde, en opinión del Dr. Iglesias, á los de glosopeda transmitida al hombre; y en cambio, es muy semejante en sus manifestaciones principales á las fiebres graves, tifoideas y tíficas, y muy especialmente á la fiebre mucosa.

La glosopeda transmitida al hombre ofrece formas leves, que son más frecuentes, y una grave, sumamente rara. Las formas leves se caracterizan por erupción de la boca y de los dedos de la mano y del pié; fiebre, primero continua y más tarde intermitente, hipertérmica, no muy elevada, y con frecuencia, catarro gastro-intestinal. Y la grave, que se ha llamado *confluente* ó *coherente*, se manifiesta por erupción bucal intensa, con gran salivación é infarto ganglionar, que se transmite á la faringe, esófago, estómago é intestinos, fiebre muy elevada y fenómenos ataxo-adinámicos, terminando á veces por la muerte, sobre todo en mujeres y niños.

Para admitir sin restricciones el diagnóstico del Dr. González Alvarez debía haberse presentado otro cuadro sintomatológico y existir un foco de infección, que en este caso no se ha demostrado. En cambio, se han observado los síntomas de las fiebres graves, y especialmente de la *mucosa grave* de Roederer y Wagler.

El Dr. Iglesias advierte, que no es, sin embargo, absolutamente necesario un foco de infección de la glosopeda para que se presenten en el hombre cuadros morbosos, como el expuesto por el Dr. González Alvarez, bastando la espontaneidad de la vida para el desarrollo de productos, como las leucomaínas, que producen padecimientos tíficos que llevan al sepulcro, y en la génesis de las enfermedades, hay que contar siempre con esa causa inmanente, que no es otra cosa que la espontaneidad vital que supone falta de causa exterior suficiente, y es á la vida orgánica lo que la libertad en el estadio normal. Además, las fiebres deben considerarse como estados generales que se realizan por actos particulares más del dominio puramente orgánico, y otros que corresponden al sentimiento ó á la inteligencia.

El Dr. *González Alvarez* rectifica insistiendo en su diagnóstico de fiebre

aftosa ó glosopédica, y hace constar que en la Inclusa de esta Corte, donde existen 165 niños, se ha presentado últimamente un caso de sarampión, que aislado convenientemente, no se ha transmitido á los demás acogidos, sucediendo lo propio con la escarlatina.

Añade que es muy diferente el grado de contagiosidad de las variadas enfermedades, siendo mucho más fácil el contagio múltiple; y que la glosopeda puede transmitirse por el polvo, por el aire, por las aguas, por la leche y por contacto directo.

Patogenia y tratamiento de la pulmonía. — El mismo Dr. *González Alvarez* reanuda su interrumpido discurso de la sesión anterior, y dice que nunca se propuso combatir la neumonía con la *antipirina*, sino uno de sus síntomas, que es por sí sólo un grave peligro para la vida, debiendo respetarse el calor aumentado, cuando se tolera bien por el organismo, y emplear la antipirina á dosis pequeñas y repetidas.

Asegura que es imposible que dichos medicamentos produzcan el *colapso*, porque para ello sería preciso que deprimiera el sistema nervioso trisplánico y el corazón, lo cual no sucede, puesto que no es debilitante, y que atacara las fuentes del calor, convirtiéndose en antitérmico, cuya acción no puede admitirse, sino la antipirética, como enseña la experiencia diaria.

El Dr. González Alvarez sostiene que la fiebre depende de la debilitación de los centros termógenos, porque la extirpación de éstos en los animales da origen á dicho estado morboso; que la antipirina tonifica, puesto que es vasoconstrictora; que si se presenta el colapso es, como consecuencia del descenso rápido de temperatura, ya se administre dicha substancia modificada á dosis elevadas ó pequeñas, y que son muchos los médicos que han defendido la acción tónica y vasoconstrictora de la antipirina, muy análoga á la de la digital. En confirmación de lo expuesto, cita el caso de un niño afectado de tos ferina y de bronconeumonía, con pulso rapidísimo y gran infección, en que se obtuvieron excelentes resultados con la antipirina, llegando á tomar 4 gramos en las veinticuatro horas; el de una señora afectada de arritmia ó ataxia cardíaca y diabetes, que hizo uso de 3 gramos diarios de dicha substancia, desapareciendo la arritmia y la diabetes, y el de un niño de siete meses con imponente espasmo glótico por coqueluche, y que habiendo tomado 6 gramos de dicho medicamento en las veinticuatro horas, á dosis de medio gramo, por una mala inteligencia de la madre, se curó rápidamente de su gravísimo estado morboso que amenazaba concluir con el enfermito.

El Dr. González Alvarez admite en la antipirina una acción *antiséptica* y otra *anticoréica*, declarando que con 6 ú 8 gramos diarios de dicha substancia ha curado casos graves de corea en quince ó veinte días, exponiendo uno que parecía superior á los recursos de la ciencia. Termina manifestando que la antipirina no dificulta la acción de los riñones; que es muy útil en la diabetes; que no sólo no ataca á la sangre, sino que aumenta sus glóbulos rojos y que goza generalmente de la más perfecta inocuidad, aunque en casos excepcionales produzca vómito, sudores y urticaria, citando las favorables opiniones de German Sée, Huchard, Dujardin-Beaumé y de otros respetados médicos de diversos países.

PERIÓDICOS

—

Nuez de nogal. — En el *Boletín del Colegio de Médicos de Guadalajara*, dice el Dr. D. Julián Muñoz que la nuez de nogal tiene propiedades fisiológicas y terapéuticas dignas de ser conocidas.

Caracteres físicos y químicos. — La composición química de la nuez es de creer que ha de ser muy parecida á la de la almendra del cacao y del café, y que se compondrá de grasa, legumina, almidón, azúcar, celulosa, sales minerales y agua; quizá también, lo mismo que esos frutos contienen un alcaloide cada uno, teobromina y cafeína, contenga alguno la nuez.

Acción sobre el hombre sano.—Tomando como postre en la comida y la cena ocho nueces, dieciséis al día, se principia á notar á los pocos días plenitud sanguínea, que aumenta cada día más; el rostro y los labios se colorean, el corazón late con mayor energía, la menstruación, en la mujer, se hace más abundante, y después de algunas semanas es frecuente la aparición de epistaxis, signos todos de plétora sanguínea. Si la cantidad de nueces que se come en el día es mayor que la dicha, la prontitud en presentarse y la intensidad de esos fenómenos es proporcionalmente mayor. Los mismos efectos son producidos por los ferruginosos que por las nueces.

Comiendo muchas nueces gran temporada, aparecen fenómenos patológicos, como son : tendencia á congestiones y á hemorragias y establecimiento de estos procesos, cefalalgia y pesadez de cabeza, signos de congestión cerebral.

¿A qué substancia contenida en la nuez es debida esta acción sobre el hombre sano, de la cual se derivan sus indicaciones y contraindicaciones en el enfermo?

Indudablemente no contienen hierro, porque si le contuvieran se formaría pasta negra cuando se mastican con la membrana taninosa que las envuelve, y este fenómeno no sucede. Presume el Dr. Muñoz que contienen un alcaloide que es el productor de su acción sobre el organismo.

Es posible, dice, que si esa plétora se debe á aumento de los hematíes, de la hemoglobina ó á otra cosa, los experimentos de laboratorio son los que han de decir y descubrir en lo que consiste la acción íntima y primordial de las nueces.

Acción sobre el hombre enfermo. – Indicaciones y contraindicaciones.—Claramente se deduce de su efecto fisiológico, que están indicadas en las anemias y contraindicadas en los pletóricos y en quien padece ó tiene propensión á padecer congestión, inflamación ó hemorragia en cualquier órgano.

Contra la anemia, el efecto reconstituyente no se obtiene tan rápidamente y tan bien como con el hierro, pero se obtiene, y siempre es utilísimo ayudante de éste.

Los propensos á congestión cerebral, los catarrosos de cualquier mucosa, los tuberculosos, los que padecen dermatosis, los propensos á hemorragia ó que la padecen, epistaxis, hematemesis, metrorragia, etc., reciben mucho daño de alimentarse con nueces, como la reciben del uso de los ferruginosos. En los tuberculosos del pulmón aumenta la inflamación, y sus consecuencias la fiebre, la expectoración, é impulsa gravemente la enfermedad.

En los que padecen hemorroides y várices, se exasperan y agudizan mucho sus males á los pocos días de seguir comiendo nueces.

He observado, dice el Dr. Muñoz, que si se da hierro á los convalecientes de inflamación ó á los de algunos procesos infecciosos, como á los de fiebre tifoidea y fiebre gástrica, ocurre recaída en la enfermedad, apareciendo ó aumentando nuevamente la fiebre y sus otros síntomas, pues lo mismo sucede si estos convalecientes comen nueces.

Cuerpo extraño en la laringe extraído por medio de la tirotomía. - El doctor D. Juan Cisneros publica en el *Boletín de Laringología, Otología y Rinología* un artículo, en el cual dice :

«La tirotomía en los niños puede considerarse una operación sin gravedad, de fácil ejecución y que no produce trastornos consecutivos, ni por parte de la respiración ni de la fonación : por esta causa debe recurrirse á ella en los casos de tumores laríngeos, bastante frecuentes en los primeros años de la vida y en los de cuerpos extraños, cuando su extracción no sea posible, como ocurre casi siempre en estas edades, por las vías naturales».

En confirmación de estas ideas, publica el siguiente caso :

Anastasio Sánchez, de cinco años de edad y natural de Mirabel (Cáceres), ingresó en la Clínica de laringología el 18 de marzo de 1902.

Mes y medio antes, y comiendo gallina notó que un hueso se le atravesaba en la garganta y le dificultó la respiración quedando casi asfixiado. Este estado duró próximamente unas tres horas, al cabo de las cuales cesó bastante la disnea, pero quedó afónico.

Desde entonces ha seguido sin modificación alguna, respirando mal, vocalizando peor y tosiendo bastante, sobre todo por las noches en que se acentuaban todos estos fenómenos, especialmente la disnea, produciéndole con frecuencia verdaderos accesos de sofocación.

El niño, cuando le vió el Dr. Cisneros, estaba pálido y tenía una respiración ruidosa y difícil, tanto en la inspiración como en la espiración : voz casi extinguida y tos crupal, *perruna*.

El reconocimiento laringoscópico fué sumamente difícil por la indocilidad del enfermo, y á pesar de recurrir á todos los recursos usados en tales casos, incluso el depresor laringoscópico de Escat ; pero al fin, y después de no poca paciencia y de bastantes esfuerzos, consiguió ver como una línea anteroposterior blanca, y que al parecer correspondía al borde de una lámina encajada verticalmente entre ambas cuerdas vocales. La mucosa laríngea, así como las cuerdas vocales, estaban fuertemente hiperemiadas.

Temeroso de que el cuerpo extraño pudiese deslizarse hasta la tráquea al intententar su extracción por vía endolaríngea, decidió extraerle por la vía externa, y el día 20 se realizó la operación en la forma siguiente :

Cloroformización del enfermito, sin accidente alguno, durante la cloroformización se regularizó y se hizo más fácil la respiración.

Incisión vertical en la línea media del cuello desde el hioides al segundo anillo traqueal ; incisión de los dos primeros anillos de la tráquea y aplicación de una cánula Krishaber del diámetro mayor que fué posible, para que ocupase por completo el diámetro de la tráquea haciendo el papel de cánula tapón.

Desde este momento se hizo la cloroformización por la cánula. Incisión vertical del tiroides lo más exactamente que se pudo en la línea media para evitar la herida de las cuerdas vocales : esta incisión se practicó penetrando con un bisturí por la membrana tirohioidea y cortando el cartílago, sumamente blando, de dentro á fuera. Apenas se separaron las dos mitades del tiroides apareció el cuerpo extraño entre los labios de la herida, asomando uno de sus bordes y siendo extraído con gran facilidad con una pinza.

Estaba constituído este cuerpo extraño por una lámina completamente plana por sus dos caras, de un milímetro de espesor, é indudablemente perteneciente al esternón de la gallina.

No hubo ni la más insignificante hemorragia, no siendo preciso practicar ligadura alguna. Se unieron las dos láminas del tiroides por dos puntos de sutura en catgut y los tejidos blandos y piel con seda, y se aplicó el apósito correspondiente, dejando la cánula traqueal hasta el quinto día, en el que encontrando cicatrizada la herida por primera intención y comprobando que la respiración se hacía con toda regularidad por la boca, se quitaron los puntos y se extrajo la cánula sin que en estos cinco días hubiese fiebre, ni entonces ni después ninguna otra complicación, recobrando el enfermo paulatinamente su voz, que era ya natural el día 31 de marzo en que salió de la Clínica completamente curado.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 1.° *de Julio de* 1902.

Fenómenos consecutivos á la resección del simpático cervical en el hombre.— El Dr. François Franck (*Informe de un trabajo de los Dres. Th. Jonnesco y N. Florescot*, de Bucarés) : Estos autores sacan de sus experiencias las conclusiones siguientes :

Los trastornos producidos por la resección del simpático son persistentes ó pasajeros.

Los primeros consisten en estrechez pupilar, caída del párpado superior, congestión conjuntival, palpebral y bulbar, gingival y, sobre todo, cerebral. Estos trastornos se observan aún tres años después de resecado el simpático.

Entre los trastornos pasajeros merecen citarse : disminución de la tensión ocular, supresión del sudor, dificultad para masticar y deglutir, hiperestesia, etc.

Esta resección no produce trastorno trófico alguno en la esfera de acción del simpático. Tampoco influye sobre el desarrollo físico ó intelectual del operado.

Medidas profilácticas que deben adoptarse contra las enfermedades de tripanosomas.— Los Dres. Laveran y Nocard: Las enfermedades producidas por tripanosomas se han propagado más allá de los límites en que se creía estaban confinadas. Débese esto á la exportación del ganado de unas regiones á otras, aun las más lejanas.

Se han observado recientemente epizootias importantes de Surra en Java, en Filipinas y en la Isla Mauricio. El Surra, enfermedad de tripanosomas de la India, era antes desconocida en la Isla Mauricio lo mismo que el Nagana. Hace cuatro meses se presentó en dicha isla una epizootia que ocasionó muchas víctimas entre los bóvidos y los equinos. La Isla Mauricio se proveía antes de ganados de Madagascar, pero desde la guerra del Transvaal se han importado de la India muchas bestias infectadas de Surra y éstas son las que han producido la epidemia.

El Surra y el Nagana producen epizootias temibles por el número de animales atacados y por la gravedad excesiva de los casos. La enfermedad es casi siempre mortal; no se conoce medicación alguna eficaz, porque los arsenicales no hacen más que retrasar la muerte. Los equinos, los bovinos, los ovinos y, en general, todos los mamíferos, á excepción del hombre, son atacados, lo que explica por qué una epidemia de Surra ó de Nagana puede ser una calamidad para un país agrícola.

En los países expuestos á la propagación de estas enfermedades es preciso adoptar ciertas precauciones. Conviene prohibir la importación de animales procedentes de países contaminados ó al menos examinarlos á su llegada y sacrificarlos si se descubre la presencia de tripanosomas. Como estos existen algunas veces en tan pequeña cantidad que es difícil ó imposible descubrirlos, es necesario inocular la sangre de los animales sospechosos á otros animales de prueba en los que la enfermedad se desarrolla con rapidez, por ejemplo, las ratas y los ratones. Los animales sospechosos deben aislarse cuidadosamente en locales donde no puedan ser picados por las moscas.

La difteria en el Hospicio general de Rouen.—El Dr. *R. Brunon* leyó un trabajo referente á este asunto y que comprende un período de veinte años, desde 1882 á 1901. Desde 1882 á 1892 el número de casos de difteria varía de 50 á 100 por año. En 1893, 1894 y 1895 este número se elevó á 175'23 y 400 casos descendiendo en 1896 y 1897 y más todavía en 1898 á 1901.

Estos hechos y los observados en otras poblaciones prueban que la difteria procede por epidemias sucesivas. El suero, tal como hoy se administra, no puede contener la marcha de la epidemia, porque su acción es puramente *individual*. Para contener una epidemia sería preciso que se generalizaran las inyecciones preventivas, y entonces su acción se hacía *colectiva*.

Respecto á la acción del suero antidiftérico, manifestó que antes de su empleo la mortalidad era, por término medio, de 52 por 100, y después de su empleo descendió á 19'75 por 100.

Como los niños ingresan en el hospital cuando la angina cuenta ya algunos dias de fecha, el Dr. Brunon inyecta 20 cent. cúb. de suero á los enfermos de menos de dos años y 30 á 40 á los de más edad. Si las falsas membranas tardan en desprenderse repite la inyección á las doce horas. En algunos enfermos ha inyectado en treinta y seis ó cuarenta y ocho horas hasta 100 y 110 centímetros cúbicos.

Además de las inyecciones de suero emplea otros medios auxiliares de su acción cuando por recurrirse tarde á la sueroterapia, las toxinas se han fijado ya en los elementos del organismo. El más eficaz de estos medios es el baño caliente á 35° administrado de tres en tres horas durante el día y de cuatro en cuatro por la noche. El Dr. Brunon lo emplea en cuanto nota la menor elevación de la temperatura. En los intervalos de los baños recurre á las aplicaciones frías sobre el pecho.

En 1896 se principió á emplear en Rouen la intubación, medio que ha sustituído casi en absoluto á la traqueotomía, porque desde antes de 1894 se practicaba esta última operación en el 92 por 100 de los casos de difteria, y desde 1896 á 1901 su proporción ha descendido á 10 por 100 y á menos.

El éxito de la traqueotomía es hoy distinto. Antes de 1894 se obtenía con ella el 42 por 100 de éxitos, y después de 1895 sólo se obtiene el 27'63 por 100. Para comprender esta diferencia conviene manifestar que hoy la traqueotomía sólo se practica en los casos desesperados, cuando la intubación es ineficaz por extenderse las falsas membranas más allá de la laringe. Pero estos resultados deficientes de la traqueotomía son compensados por éxitos brillantes de la intubación. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 9 de Julio de 1902.

Sobre el tratamiento de la ectopia testicular. — El Dr. Championnière: En la sesión anterior no me ocupé del valor de los testículos conservados; algunos de mis colegas se han ocupado de este asunto. Es preciso no exagerar este valor, y creo que hay pocas observaciones que indiquen la presencia de espermatozoos. Sin embargo, en dos de mis operados, tengo algunos motivos para creer que existían. En todos los casos que hice la castración no los descubrí. Desde el punto de vista de los reflejos, la conservación del testículo, que he aconsejado siempre, es importante, porque un testículo, aun miserable, puede provocar erección. No puedo considerar, por lo tanto, la operación del Dr. Mignon más que como excepcional.

El Dr. Delbet: Como todos mis colegas, he observado casos en los que era difícil obtener el descenso del testículo. En estos casos se ha propuesto introducirlo en el abdomen, sobre cuya operación no tengo experiencia, ó extirparle, lo que no vale gran cosa, ó ingertarle, destruyendo las adherencias. En lo que he hecho, y para alargar el conducto deferente, he separado la cola del epidídimo del testículo. A consecuencia de la operación algunos testículos se atrofian con rapidez; otros conservan su volumen durante algunos meses. Su valor espermatógeno es discutible, pero no su acción sobre el organismo. Me he convencido de ello examinando testículos ectópicos de caballos sometidos á la castración; estos testículos estaban alterados y, sin embargo, el ardor de los caballos era tal que fué preciso castrarlos para dejarlos al lado de las yeguas.

El Dr. Quénu: Conviene advertir que en la operación del Dr. Mignon se seccionan todos los órganos, excepto el conducto deferente; los nervios son, por consiguiente, sacrificados. Como el testículo es un órgano que tiene su valor por su secreción interna y por los reflejos que determina, creo necesario conservar los nervios. Confieso que no me explico cómo uno de los enfermos del Dr. Mignon pudo conservar la sensibilidad, porque los extremos seccionados se retraen lejos uno de otro. Se han hecho además experimentos sobre la sección de los nervios espermáticos, y se ha observado que el testículo se atrofia á consecuencia de esta sección. Es una razón más para conservar los nervios, los cuales son los únicos que explican la atrofia cuando faltan, mejor que invocar la sección de las arterias.

El Dr. Felizet: Lo mismo que la mayoría de nuestros colegas, considero esta operación como irracional en su principio. He estudiado ya la ectopia en un trabajo, y pronto publicaré otro en el que Branca y yo trataremos de nuevo esta cuestión fundándonos en más de 50 observaciones. En casi todos los casos hemos observado atrofia del testículo con falta de espermatozoos. Practico la orquidopexia cuando está indicada; si fracasa, recurro respecto á la castración. Jamás empleo la operación de Mignon.

El Dr. Moty: En una Tesis de Nancy, de Colles, el estudio de las arterias del cordón demuestra que existe á menudo anastomosis funiculo-espermática que desempeña al parecer cierto papel en la nutrición del órgano. Sin embargo, á causa de la sección de los nervios, hago reservas sobre las consecuencias de la operación de Mignon.

El Dr. Delorme: Había creído que esta operación sólo era aconsejada por nuestro colega á título de excepcional. Según se deduce de su comunicación, pretende, al parecer, erigirla en principio. En este caso me opongo á una operación que es inútil, porque casi siempre se consigue hacer descender el testículo, destruyendo las bridas, y además porque es nociva y puede determinar la atrofia del testículo.

Fístula umbilicovesical.—El Dr. Pouchet: Se trata en este caso de un niño de cinco años con fístula urinaria umbilical. La operación permitió seguir el uraco hasta la vejiga y, después de la ligadura hacer la resección subperitoneal.

Los broches de Michel en cirugía abdominal.—El Dr. Chaput: He empleado los broches de Michel una vez en un pedículo cruento de miomectomía, dos veces para cerrar el muñón del apéndice, dos veces para suturar el peritoneo pelviano después de la histerectomía abdominal, dos veces para obtener la hemostasia de las superficies intestinales cruentas y en cuatro operaciones sobre el aparato digestivo (tres gastroenterostomías y una enteroanastomosis). Todos estos enfermos, excepto uno, curaron.

Los broches redondos son preferibles, en la especie, á los planos. Son perfectamente tolerados por el peritoneo; una de nuestras enfermas (operada de miomectomía) conserva dichos broches desde hace un año, según demuestra la radiografía.

En otra enferma, que sobrevivió seis meses á una gastroenterostomía, la mayor parte de los broches fueron eliminados por el intestino.

Los broches son preferibles á las suturas por varias razones:

1.ª Se les aplica con una rapidez diez veces mayor que la suturas con hilo;

2.ª Se colocan con facilidad aun en los sitios inaccesibles para las agujas;

3.ª Por ser lisos y metálicos no se infectan como los hilos;

4.ª Penetran en los tejidos sin dejar un orificio que sirve de vía á la infección, al contrario que los hilos que se colocan en agujeros mayor que ellos.

Añadiremos que las formas romas de los broches les hace inofesivos para el intestino.—(*Le Bull. Medical*).—CODINA CASTELLVÍ.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Continuación)

Insuficiencia hepática sin ictericia en la neumonía. — El Dr. J. J. PICOT: Hace mucho tiempo que se ha fijado la atención sobre el estado del hígado en la neumonía. Los grandes clínicos del siglo pasado, que describieron la pulmonía biliosa, estudiaron las alteraciones del hígado en el curso de la neumonía y procuraron, sobre todo, explicar la ictericia de que va acompañada esta enfermedad; pero, desconociendo lo que llamamos hoy insuficiencia hepática, no se ocuparon de los trastornos que puede determinar esta insuficiencia, aunque los enfermos no presenten ictericia.

Como decía con tanta razón A. Grenet, en su tesis de 1899, «en la neumonía lobular derecha, el hígado puede lesionarse de una manera durable y presentar lesiones anatómicas apreciables macroscópica ó microscópicamente, ó bien de un modo pasajero. Se trata en este caso de simples trastornos que desaparecen al hacerlo la infección pulmonar» y que revelan al clínico diferentes síntomas del hígado, de la secreción urinaria y á veces del sistema tervioso.

El hígado no se afecta siempre durante la neumonía sino sólo en la tercera parte de los casos, sin que la extensión de la lesión pulmonar influya para determinar la insuficiencia hepática. Aunque la neumonía sea doble, el hígado no enferma necesariamente y muchas veces no se observa el menor síntoma hepático en el curso de la pulmonía.

Cuando se lesiona el hígado, la insuficiencia hepática puede ser ligera, grave, gravísima y mortal.

En el caso de insuficiencia ligera se observa de ordinario hacia el tercer día de la enfermedad, un aumento de volumen del hígado que puede sobresalir tres ó cuatro traveses de dedo de las costillas falsas y que cubre la región epigástrica. La orina presenta signos importantes. El más importante para el clínico, y el que, á causa de la gran facilidad de su técnica, presta mayores servicios, es la reacción de Haycraft, la precipitación en el fondo del tubo de ensayo lleno de orina de la flor de azufre que se extiende sobre la superficie del líquido. Esta reacción indica con toda claridad el trastorno de las funciones hepáticas y se halla relacionada casi siempre con la presencia de la urobilina, de las sales ó de los pigmentos biliares. En la orina de

esta forma ligera de la insuficiencia hepática, no se encuentran sales ó pigmentos biliares, pero sí urobilina y hasta albúmina en pequeña proporción. Estas modificaciones de la secreción urinaria no desaparecen al disminuir la fiebre, ni al curar la lesión anatómica. Pueden persistir durante varios días y hasta durante la crisis urinaria, y aunque los enfermos eliminen 2000 cent. cúb. de orina y más en veinticuatro horas, se observa la reacción de Haycraft y la urobilinuria. Estos hechos importantísimos prueban con toda claridad que los trastornos funcionales del hígado en tales casos, no dependen ni de la elevación de la temperatura, ni de la lesión pulmonar, sino que, según toda probabilidad, provienen de la infección general. Volveré á ocuparme de este asunto. En general, el hígado principia á disminuir de volumen en el período de resolución de la neumonía, pero necesita casi siempre dos días para recobrar su estado normal. En esta forma no se observa síntoma general alguno relacionado con los trastornos de las funciones hepáticas.

La forma grave se caracteriza, sobre todo, por trastornos importantes del sistema nervioso. Se anuncia, como la anterior, por modificaciones de la secreción urinaria, indicios de la insuficiencia hepática. Es la reacción de Haycraft que se presenta casi al principio de la enfermedad y se produce con gran rapidez ; es la urobilinuria, es la albuminuria, y, en los dos casos que he observado de esta forma, he encontrado también la glicosuria. La albuminuria es de ordinario mínima lo mismo que la glicosuria ; sin embargo, puede encontrarse en cada litro de orina 1 gramo de albúmina y 2 de glicosa. El hígado aumenta de volumen hacia el segundo ó tercer día de la enfermedad ; puede sobresalir del borde de las costillas falsas tres, cuatro y hasta cinco traveses de dedo ; es casi siempre doloroso á la presión. Este aumento de volumen persiste mientras dura la enfermedad, aun después del descenso de la fiebre y hasta que se resuelve por completo la lesión pulmonar. Hay también modificaciones químicas de la orina. La reacción de Haycraft es la última que desaparece en cuanto los enfermos entran en convalecencia.

Los trastornos del sistema nervioso son importantísimos en esta forma. Consisten en delirio, primero tranquilo y de índole profesional. Durante doce ó quince horas, los enfermos hablan de su profesión, pero después el delirio se agrava. Los enfermos gritan casi constantemente, quieren abandonar el lecho, salir de su habitación, ir donde creen necesario. El delirio se hace con frecuencia furioso y los enfermos amenazan á los que les rodean. El delirio de que se trata es independiente de la fiebre neumónica. Los dos enfermos que he observado no principiaron á delirar hasta que descendió la temperatura. La misma independencia respecto á la lesión anatómica y á su extensión. Dura dos ó tres días y desaparece gradualmente á la vez que se observa la desaparición progresiva de las modificaciones químicas de la orina. Es, por consiguiente un delirio de autointoxicación relacionado con la insuficiencia hepática.

La forma gravísima y mortal presenta también como caracteres clínicos, además del aumento mayor del volumen del hígado, las modificaciones químicas de la secreción urinaria, los trastornos del sistema nervioso. He tenido ocasión de observar dos casos. En los dos el aumento de volumen del

hígado, así como los trastornos urinarios que indicaban la insuficiencia hepática, eran independientes de la extensión de la lesión pulmonar, porque si bien uno de los enfermos tenía neumonía doble, en el otro la lesión era única y sólo interesaba la tercera parte del pulmón derecho. Los trastornos del sistema nervioso que se presentaron en los dos ó tres días últimos de la enfermedad fueron, primero delirio, tranquilo al principio, más violento después, y por último, coma, en el que murieron los enfermos.

En estos casos, el hígado estaba lesionado en su estructura. Presentaba ectasias venosas con diapedesis leucocítica en los espacios portas, que se propagaban hasta la periferia de los lobulillos; la diapedesis existía hasta en los intersticios de las células hepáticas. Estas células estaban en parte atacadas de necrosis de coagulación y de degeneración grasienta.

Los riñones mismos se lesionaron también probablemente á causa del hígado; se descubrieron, en efecto, lesiones de glomerulitis acompañada de proliferación abundante de las células epiteliales de los tubos excretores y degeneración granulograsosa de estas células. En un caso se encontraron neumococos en el parénquima hepático.

La insuficiencia hepática en el curso de la neumonía, es por consiguiente demostrada por la reacción de Haycraft, constante en nuestros neumónicos, por la presencia de la urobilina en el líquido urinario, por la glicosuria que hemos observado en casi todos los casos y por la albuminuria. Es evidente, por lo tanto, que las principales funciones hepáticas están trastornadas en tales casos, que el hígado pierde á la vez las funciones relacionadas con la glicosuria animal y las que se refieren á su propiedad antitóxica.

En estos casos, el hígado deja pasar el azúcar por anhepatía ó por hiperhepatía para emplear las expresiones de Gilbert, Weil y Lereboullet; es difícil afirmarlo en el estado actual de la ciencia, aunque el hígado está aumentado de volumen en estos casos de neumonía. La presencia de la urobilina, que según las expresiones de Hayem y Tissier, debe ser considerada como el pigmento del hígado enfermo, indica con exactitud la desviación funcional hepática. Cuanto á la albuminuria depende al parecer de un modo más especial de la influencia del trastorno hepático sobre el riñón. Murchisson demostró, en efecto, hace mucho tiempo, que «el hígado y el riñón están unidos íntimamente por sus funciones y el trastorno de uno de estos órganos puede alterar el otro». Los trabajos de Mussé, Huchard, Bouchard, Rendu, Charrin, Hanot, Gaucher, Lancereaux y H. Mollière, han permitido presagiar que uno de los efectos de la insuficiencia hepática era la acción ejercida sobre el riñón, susceptible de determinar en este órgano alteraciones histológicas. Estas alteraciones han sido comprobadas por Gouzet, quien inyectando los principios anormales eliminados por la orina de los hepáticos, ha producido lesiones del epitelio de los tubos aglomerados y de las ramas ascendentes de Henle. La aparición de la albuminuria en nuestros neumónicos, es por consiguiente fácil de comprender, y es probable también que en los casos mortales que hemos observado, la lesión renal fuera, al menos en parte, consecutiva á la del hígado.

Pero ¿cuál es el origen inmediato de esta insuficiencia hepática en la neumonía? ¿Puede culparse á una acción microbicida sobre el parénquima del hígado? Esta hipótesis es quizá exacta en ciertos casos. En efecto, en nues-

tra última observación, el neumococo se encontró en los cortes histológicos en los capilares intertraveculares, y en 5 casos de 30 que dice Grenet que una punción en el hígado hecha en vida del enfermo, dió salida á sangre, en la que el cultivo determinó la aparición del neumococo. Pero conviene añadir que estos hechos son raros y que en la mayor parte de los casos, el microbio de la neumonía no se encuentra en el parénquima hepático ni durante la vida ni después de la muerte. No sucede así en la septicemia experimental neumocócica. En los animales á los que se inocula esta septicemia en el tejido celular ó en las venas, Grenet encontró siempre el neumococo en el hígado. Lo mismo ocurrió cuando se hizo la inoculación en el pulmón ó en la tráquea.

Las toxinas microbianas pueden desempeñar un papel en la producción de la insuficiencia hepática con ó sin lesiones del hígado. Sabemos que en los neumónicos, las toxinas son eliminadas por los riñones. Lépine y Guerin han encontrado en la orina de estos enfermos alcaloides tóxicos más abundantes en el momento de la defervescencia; Roger y Gaume han comprobado que la orina de los neumónicos es más tóxica en el momento de la crisis, y que este aumento de las propiedades tóxicas es debido á la existencia de venenos anormales, cuya naturaleza química no se ha determinado todavía.

Mas, ¿conocemos la razón que origina la insuficiencia hepática en tal individuo en particular? Ateniéndonos á los antecedentes y á los hábitos de los enfermos que hemos observado, nos es difícil responder á esta pregunta. No hemos podido obtener datos sobre los dos neumónicos que murieron en nuestra Clínica

El diagnóstico de la insuficiencia hepática puede hacerse pronto. Conviene habituarse á investigar la reacción de Haycraft en todos los neumónicos y hacerlo en cuanto se ve al enfermo. Se examinará á la vez el hígado palpándolo y percutiéndolo, teniendo en cuenta que el aumento de volumen no se observa en general hasta el tercer día. El análisis de la orina, al revelar la existencia de la urobilinuria, de la glicosuria y de la albuminuria, completará el diagnóstico. Mas en este caso conviene saber que no es necesario descubrir azúcar y albúmina en la orina para afirmar la insuficiencia hepática. La reacción de Haycraft y la urobilinuria bastan para hacer el diagnóstico. Aun en los casos de neumonía terminada por la muerte, ocurrió que la orina sólo contenía urobilina. En esta orina se encuentra también con frecuencia pigmento rojo moreno, que es un signo de insuficiencia hepática.

El pronóstico de la insuficiencia hepática en la neumonía es siempre grave. Cuando va acompañada de las lesiones hepáticas que hemos señalado es mortal, y en estos casos los enfermos mueren muchas veces no de su neumonía, sino de la insuficiencia de su hígado. Si ocasiona delirio y éste reviste la forma grave, es preciso reservar el pronóstico, porque nada indica que la insuficiencia no afectará la forma gravísima.

El Dr. G. Ballet: El Dr. Picot no ha encontrado lesiones cerebrales en los enfermos que habían sucumbido después de haber tenido delirio. Quisiera saber si las investigaciones se han hecho según el método de Nissl, el único que permite reconocer las lesiones microscópicas que hemos señalado en es-

tos casos, cuando el delirio ha durado cierto tiempo; trastornos de la cromatolisis, alejamiento del núcleo hacia la periferia.

El Dr. Picot: El examen se hizo en el laboratorio de anatomía patológica é ignoro por qué procedimiento.

El Dr. Maurel: El Dr. Picot ha observado la presencia de la albúmina en la orina; es en la especie un signo importante de insuficiencia hepática, porque esta hidro-albúmina indica que el hígado no puede convertir en urea las substancias albuminoideas de la economía.

El Dr. Bonnet: Pueden asemejarse á los casos del Dr. Picot los de delirio que se observan en el paludismo, en la fiebre de los bosques, en los enfermos cuyo hígado se afecta; mas para el delirio hay predisposiciones que conviene tener en cuenta.

El Dr. Faure: Poco importa la naturaleza de la lesión que altera las funciones del hígado, siempre que destruya el elemento noble, la célula hepática, ó al menos que trastorne profundamente sus propiedades químicas. El trastorno intelectual va acompañado de los signos de insuficiencia hepática, y no de los de tal ó cual cirrosis.

Este trastorno es variado en su forma: es un delirio transitorio, análogo al de los enfermos febriles, alcohólicos ó de los que están sometidos á la inanición. Es un estado de somnolencia, de abatimiento con debilidad mental y puerilidad. Es un trastorno mental de poca importancia y que puede observarse en todas las enfermedades. Puede ser también un delirio melancólico, accidentes agudos de excitación maníaca ó de delirio agudo, un estado de depresión ó de confusión mental, finalmente, alucinaciones visuales, etc.; en resumen, todos los trastornos que se observan de ordinario en el curso de las infecciones ó de las intoxicaciones.

No hay, por lo tanto, motivos para hablar de una *locura hepática*. Estos términos, *locura*, *psicosis*, tienen el doble inconveniente de ser vagos y sin límites exactos, y de hacer creer en una locura particular y distinta de las otras locuras, sin fijarnos en su fisonomía particular. Hay sólo trastornos de las funciones cerebrales, debidos á la acción sobre las células corticales de los venenos retenidos en la economía, cuyos órganos depuradores se hacen insuficientes por exceso de producción de estos venenos (fiebre, infección, cansancio), por defecto funcional del órgano (enfermedades del hígado, etc.). Esta acción de los venenos sobre las células corticales, ocasiona, por poco que se prolongue, lesiones celulares.

Estos trastornos pueden revestir aspectos clínicos variados; pero se componen siempre de los mismos elementos: sobre un fondo de debilidad mental se desarrolla una pesadilla con interpretaciones delirantes y alucinaciones visuales. Presentan, por lo tanto, el carácter del delirio del sueño, que se observa en los accidentes mentales de todas las intoxicaciones, y en particular en el delirio de las enfermedades generales.

El Dr. Cassæt: Desde 1893, sostengo la idea de que el delirio alcohólico depende de los trastornos del hígado.

El Dr. Teissier: La existencia de trastornos mentales en las afecciones del hígado, no prueba siempre la insuficiencia hepática, porque puede ser debida al aumento de las toxinas por exaltación funcional del órgano. Quizá en estos casos se produzca la albúmina de que hablaba Maurel.

La nueva educación motora.—Los Dres. Faure y G. Coustensous: La nueva educación motora es mal conocida, y peor todavía en Francia. Se la conoce mejor en el extranjero. Los resultados obtenidos con ella permiten considerar su valor terapéutico como demostrado y su porvenir como seguro.

En Francia, la Escuela de la Salpetrière ha hecho de ella un estudio metódico. El profesor Raymond, en 1895 y 1896, ha dedicado á este asunto varias lecciones y creado un servicio especial de nueva educación en la Clínica de las enfermedades nerviosas de la Facultad. Hemos coleccionado 24 casos, procedentes en su mayor parte de esta Clínica, de enfermos atáxicos que habían perdido sus funciones, y que á los pocos meses de nueva educación recobraron su vida ordinaria y sus ocupaciones.

En los atáxicos la nueva educación tiende á hacerse naturalmente, y algunos de ellos pueden, cuando su enfermedad se ha contenido, principiar poco á poco á andar y á moverse, pero á costa de mucho tiempo y trabajo. En este caso, la marcha que se restablece en ellos no es normal; es una marcha nueva, por lo general viciosa y poco útil.

La nueva educación motora, por el contrario, además de que economiza tiempo y fatiga, puede ser infinitamente más útil, porque asemeja más al tipo normal ó le reproduce por completo. Todo atáxico inteligente, aplicado, paciente, que no sea ni ciego ni raquítico, que no padece una forma de enfermedad de marcha rápida y febril, que no tiene lesiones óseas ó articulares graves, puede y debe volver á andar en pocos meses.

El principio de la nueva educación motora se funda en que todas nuestras funciones motoras sin excepción (marcha, carrera, natación, escritura, etc.) y todos nuestros gestos son resultado de una educación instintiva ó metódica. El atáxico que aprende de nuevo á andar puede compararse al adulto que aprende á servirse de un nuevo medio de locomoción (bicicleta, equitación).

Los orígenes de la nueva educación se encuentran en las terapéuticas nuevas del movimiento y en las tentativas hechas hace mucho tiempo con los incoordinados de todas clases por los especialistas de las regiones donde estos enfermos están agrupados. Mas el verdadero promotor de esta terapéutica es el médico suizo Frenkel, que utilizó en 1890 una serie de aparatos y de ejercicios cuyo conjunto se conoce con el nombre de método de Frenkel.

La ataxia es resultado de trastornos localizados de las funciones musculares, y esta localización no es la misma en todos los enfermos. Tal ejercicio, útil para uno, es inútil y hasta perjudicial para otro. Es preciso, por consiguiente, estudiar por completo cada enfermo, conocer cuál es el vicio del movimiento personal y de dónde deriva la perturbación de toda su estática, é instituir en seguida, para él y sólo para él, un conjunto de ejercicios correspondientes. No puede haber un método para todos.

Los aparatos compensadores, que obran como un fiador respecto á una planta débil, corrigen instantáneamente el trastorno funcional, pero no educan de nuevo; es decir, que en cuanto se separa el aparato, los músculos nada han aprendido porque no han trabajado, y el enfermo se encuentra en el mismo estado que antes.

Tics.—El Dr. H. Meig: La cuestión de los tics se halla hoy envuelta en

una gran obscuridad, porque los autores que se han ocupado de este asunto no han atribuído todos el mismo sentido ni el mismo valor á las palabras empleadas. De aquí las controversias, que no son de ordinario más que un *quid pro quo*.

Es necesario suprimir la palabra *tic doloroso de la cara;* no es un tic, sino un espasmo. Es preciso desechar el *tic psíquico*, «que no se revela al exterior por signo alguno», y también el *tic puramente motor*. Porque en el tic hay siempre dos elementos: uno *psíquico* y otro *motor*, inseparables uno de otro.

Este concepto, sostenido por Charcot, aceptado y desarrollado por Brissaud y sus discípulos, y por muchos neurólogos y mentalistas, ha sido confirmado por lo que se sabe de la patogenia de los tics.

La clínica enseña además que un tic es una *anomalía de un acto funcional*. Ejemplo: Un trocito de carbón penetra en el ojo y al punto hay pestañeo. El cuerpo extraño desaparece; en estado normal el pestañeo cesa. Mas en ciertos individuos este pestañeo persiste indefinidamente; no hay causa ni objeto para ello. Este trastorno funcional es un tic.

Por consiguiente, un tic puede ser una *anomalía de una función normal;* puede ser también una función nueva creada por el individuo.

Un hombre advierte un día que el movimiento de su brazo determina un crujido en la articulación del hombro. Este ruído le extraña y hasta le preocupa; intenta reproducirle. Durante algún tiempo lo consigue repitiendo voluntariamente cierto movimiento del brazo; después el movimiento es reproducido sin cesar de una manera involuntaria. Es también un tic.

Un tic puede ser, por consiguiente, una función nueva—*función parásita*—en este caso la reproducción del crujido.

En los dos casos el movimiento del tic es intempestivo y no responde á una necesidad, se dirige hacia un fin inútil y desaparecido, es supérfluo, absurdo y hasta perjudicial al individuo; y este movimiento sólo puede hacerse fijo gracias á las imperfecciones mentales del individuo, que no ha intentado reprimirse al principio y que cuando quiere hacerlo no puede.

Los ejemplos citados prueban que el tic es unas veces una perturbación de un acto funcional normal, otras la repetición anormal de un acto funcional nuevo. Los caracteres de la función se encuentran todos ellos en el tic; es, ante todo, la *repetición* del acto, y también la *necesidad* prodómica y la *satisfacción* consecutiva al cumplimiento del acto funcional. La necesidad adquiere también á veces un carácter extremado de agudeza. Se hace imperiosa, irresistible. La participación psíquica en el tic toma los caracteres de la obsesión.

Estas ligeras observaciones permiten comprender en qué sentido convendrá orientar el examen de los enfermos de tic, y las investigaciones sobre su patogenia, si se quiere difundir alguna luz sobre un problema obscuro por su carácter complejo aparente. Se ha podido hasta hace poco tiempo reprochar á los mentalistas no *pensar anatómicamente*. Los neurólogos que han tenido que ocuparse de los tics no están expuestos á esta crítica; pero quizá han merecido el reproche inverso, el de no haber *pensado bastante psicológicamente*.

«El tic—decía Charcot—es una enfermedad que no es material más que

en apariencia: es por un lado una enfermedad psíquica». Este lado es el que no debe perderse de vista, sin olvidar el estudio de las manifestaciones motoras.

Pero conviene añadir que para estudiar los tics con fruto, es indispensable además *pensar psicológicamente*.

Diagnóstico y tratamiento eléctrico de las miopatías. — Los Dres. Marie y Soriel: Hemos observado 12 casos de miopatías, de los que sacamos las conclusiones siguientes:

1.ª El resultado del tratamiento eléctrico de las miopatías es siempre negativo aun en los casos en que se ha prolongado durante un año. Esta falta de mejoría contrasta con la que se observa en las amiotrofias neuropáticas poco acentuadas, pero con reacciones eléctricas análogas á las de las miopatías.

2.ª El tratamiento eléctrico, no sólo no da resultado, sino que si se emplea una corriente que produzca un trabajo muscular enérgico, se observa agravación de la atrofia y de la paresia.

3.ª La distrofia del músculo no le permite sostener este esfuerzo, que sería soportado fácilmente por un músculo normal.

4.ª La falta de mejoría bajo la influencia de los diversos tratamientos, la agravación de los síntomas por un tratamiento que no sea apropiado, deben considerarse como un signo distintivo de las miopatías.

Aplicación de los sueros precipitantes al estudio de la albuminuria. — Los Dres. G. Linossier y G. H. Lemoine: El empleo de los sueros precipitantes, preparados por inyecciones intraperitoneales de suero humano á conejos para el estudio de las albúminas urinarias, da una reacción unas veces más sensible que la del ácido nítrico y otras menos. En el primer caso es simplemente, porque la globulina domina en la orina; en el segundo, por el contrario, domina la serina, que es precipitada por los sueros precipitantes mucho menos que la globulina.

El empleo de estos sueros puede permitir, por el contrario, en los casos de albuminuria digestiva, encontrar de nuevo en la orina los caracteres de una albúmina ingerida y á menudo asimilar por un trabajo incompleto de la digestión. En un albuminúrico ortostático, en el que el uso de la leche de vacas había aumentado la albuminuria, fué posible descubrir de nuevo en la orina los caracteres de la albúmina de vaca por medio de un suero precipitante procedente de un conejo inyectado con suero de vaca.

No se obtuvo, por el contrario, la reacción en un enfermo que padecía nefritis parenquimatosa de origen sifilítico, y que eliminaba 55 gramos de albúmina por día. Este individuo se hallaba también sometido al régimen lácteo, pero éste no provocaba trastorno alguno de la digestión. Parece, por lo tanto, comparando estos casos, que es posible algunas veces, por medio de los sueros precipitantes, diagnosticar una albuminuria por insuficiencia de la asimilación.

Tensión superficial de los líquidos del organismo humano.—El Dr. Frenkel: Lo mismo que acontece con la orina, la presencia de los ácidos biliares en el suero disminuye la tensión de la superficie; pero este descenso es menos importante que para la orina procedente del mismo enfermo. Los líquidos de edema pueden tener una tensión más elevada que la del suero, pero es

siempre inferior á la del agua. La tensión de la superficie de los derrames de la pleura, del pericardio, del peritoneo, es más débil que la de los líquidos de edema, mientras que la del líquido del hidrocele es análoga desde este punto de vista á la del anasarca. Finalmente, el contenido gástrico, sea con retención ó á consecuencia de una comida de prueba, tiene una tensión de superficie casi siempre, pero no constantemente baja, lo que se debe unas veces á la presencia de la bilis, otras á los ácidos grasos, otras, por último, al alcohol ó á otras substancias que tienen la propiedad de disminuir en alto grado la tensión.

Crioscopia de suero sanguíneo en el hombre y algunos animales. — El doctor Bayeac: La diferencia de los resultados obtenidos por los autores en sus investigaciones sobre la crioscopia del suero sanguíneo, son debidos, según creo, á los diversos procedimientos empleados. El punto de congelación del suero varía según se haya obtenido por medio de una sangría ó de ventosas escarificadas. He determinado este punto de congelación en 5 casos de uremia, en 2 de asistolia, en 8 de neumonía. En los casos en que el suero se obtiene por medio de ventosas escarificadas, el punto de congelación desciende de = 0'30 á — 1'7. Cuando procede de una sangría, el punto de congelación (trátese de uremia ó de asistolia) es normal ó casi normal. No creo posible fundar el diagnóstico y el pronóstico de la uremia y de los diversos estados patológicos en las variaciones del punto de congelación del suero sanguíneo. Añado que la proporción de cloruro de sodio es casi invariable. He encontrado la misma constancia del punto crioscópico y de la proporción de cloruro de sodio en los animales (buey, carnero, caballo y cerdo). En resumen, la composición de la sangre tiende á mantenerse relativamente fija, trátese de personas sanas ó que padecen afecciones diversas, por ejemplo, uremia.

El Dr. Hallion: Aunque la dosificación del cloruro de sodio en los tejidos dé una proporción normal, no es posible afirmar que su cantidad absoluta no esté aumentada, porque puede haber, á la vez que retención de cloruro, retención de agua. Así acontece en las enfermedades que, como la neumonía, presentan una crisis urinaria con emisión abundante de cloruro y de agua; esta crisis corresponde á una deshidratación rápida. Los experimentos que he practicado en unión de Carrión, prueban que es posible realizar en un animal una deshidratación excesiva; el agua salada que existe en exceso en los tejidos, puede ser igual á la cuarta parte del peso total del animal, y esto sin el menor signo de edema; en ciertas enfermedades se produce el mismo fenómeno. Hemos demostrado en otros experimentos anteriores con qué facilidad el organismo resiste las perturbaciones producidas sistemáticamente en la concentración molecular de la sangre y también en la proporción de cloruro que este líquido contiene. La patología prueba á su vez la perfección de los mecanismos reguladores notables que la experimentación demuestra.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 4 de Junio de 1902.

Conjuntivitis xerótica curada.—El Dr. Hamburger: Aquí presento un niño sano y robusto, que me fué presentado hace tiempo en estado de atrofia muy pronunciada y con conjuntivitis xeróticas. En esta enfermedad el ojo corre grave peligro, porque con el tiempo acaba por ser invadida también la córnea. Todos los medios terapéuticos habían sido infructuosos, hasta que á la misma madre se le ocurrió la idea de reemplazar la alimentación de mucílago de avena, á que había estado sometido el niño exclusivamente hasta entonces durante tres meses, con la lactancia. Con esto el niño se restableció en muy poco tiempo, y á las cinco semanas los ojos estaban completamente sanos.

La interrupción del embarazo en las proletarias tuberculosas. — El Dr. Hamburger: La opinión general es que el embarazo favorece el desarrollo de la tuberculosis, la cual hace más progresos tan pronto como se inicia el estado de gestación. Como deducción de esta idea se ha establecido que está justificado interrumpir el embarazo en las mujeres tuberculosas. Esta opinión no ha dejado de tener sus impugnadores, pero también sus defensores ardientes, entre los cuales se cuentan v. Leyden y Maragliano. Este último entiende que en la tuberculosis pulmonar precoz, en que se trata de un foco pulmonar circunscrito, es de todo punto necesario provocar el aborto para contener los progresos de la tuberculósis.

En estos dos últimos años ha recopilado diez casos procedentes de la clase obrera más necesitada de Berlín, no con el objeto de traer una estadística, sino con el de recoger algunos datos que pudieran hacernos comprender hasta cierto punto, si con los medios usuales, siempre que se puedan emplear en determinadas circunstancias, su puede evitar la agravación de la tuberculosis debida al embarazo y al puerperio.

Estas diez mujeres vivían en las condiciones más antihigiénicas que se pueden suponer, y aunque dedicaban casi la cuarta parte de sus ingresos á pagar el alquiler del cuarto, no venía á disponer cada individuo de la familia más que de la tercera ó la cuarta parte del espacio que la higiene considera como mínimo y que se le proporciona á los que viven en prisiones cuarteles y otros establecimientos públicos.

De las diez mujeres, fallecieron cuatro durante el período de observación, después de haberse agravado de un modo evidente durante la gestación: una vive todavía, pero se ha quebrantado muchísimo en su estado general, y las otras cinco podrán seguramente sostenerse durante algún tiempo si no vuelven á hacerse embarazadas. La conclusión de que en un nuevo embarazo no se agravará el estado porque en el anterior no se ha presentado ninguna novedad desfavorable, no es exacta, pues lo cierto es que cada nuevo embarazo contribuye á empeorar el pronóstico en esta clase de enfermas.

El aire puro, la alimentación concentrada y el cuidarse bien durante el puerperio, son los medios á que se debe apelar en las tísicas que pertenecen á la clase bien acomodada; pero precisamente estos medios son de los que

no podemos disponer en las mujeres de los obreros. Los sanatorios no reciben embarazadas; y respecto á los medios de oponerse á la concepción, por una parte no se aclimatan en la clase obrera, y por otra es más fácil entre estas personas que se presten al abuso. No queda, por lo tanto, otro medio, si se quiere salvar la vida de estas enfermas, que interrumpir artificialmente su embarazo, y es preferible el aborto al parto prematuro, porque con este último el embarazo se interrumpe demasiado tarde, se exige más del organismo enfermo de la madre, siquiera por el mayor tiempo que requiere, siendo así que el aborto provocado se consigue en pocas horas.

Verdad es que el aborto constituye para el organismo un grave trastorno: sin embargo, tocólogos tan experimentados como Löhlein y Ahlfeld no se expresan en un sentido muy pesimista respecto á este punto. Claro está que no basta con el aborto y que hay que evitar una nueva concepción con medios quirúrgicos adecuados, como lo ha propuesto Kehrer (ligadura de los oviductos). Además sería muy conveniente, después de terminado el embarazo, que estas enfermas pasaran á un sanatorio.

Es muy cierto que una mujer tísica puede dar á luz un hijo sano; pero también lo es que las probabilidades de vida de estos niños son muy escasas en la clase obrera. Así, de los 51 niños que han tenido las 10 mujeres observadas por mí, ya se han muerto 23.

Desde el punto de vista práctico, es lo más acertado no tener para nada en cuenta el interés del feto, sino tan sólo el de la madre. El temor de que por este motivo se abuse criminalmente del aborto provocado, no tiene razón de ser. Lo que sí exige como condición precisa, es que haya bacilos tuberculosos en los esputos ó que exista algún otro signo indudable de tuberculosis.

También al Estado le interesa que se siga la conducta que yo aconsejo, puesto que tratándose de una enfermedad tan difundida como la tuberculosis, sólo se puede contener su propagación en el caso de que sea posible hacer inofensivo el esputo. Pero esto es imposible de conseguir en las condiciones en que viven las mujeres de los obreros.

De lo dicho, se deduce que una vez demostrada la existencia de la tuberculosis en una mujer embarazada, se debe interrumpir la gestación, y que esta conducta es la que se debe aconsejar en los Tratados de obstetricia y en los Congresos de la especialidad.

El Dr. Caminer: No estoy conforme con el preopinante. No toda tuberculosis se agrava á causa del embarazo, sino el 66 por 100, según las estadísticas que se han publicado. Por otra parte, tampoco en toda embarazada se consigue detener el desarrollo de la tuberculosis, aunque se provoque el aborto. Sólo cuando la tuberculosis se agrava de un modo visible con la prolongación del embarazo, es cuando está justificado interrumpir la gestación. También se debe adoptar la misma conducta en las clases poco acomodadas, puesto que enseña la experiencia que en estas circunstancias suele seguir la tuberculosis un curso muy rápido.

El Dr. Pablo Jacob: En los 10 casos citados por Hamburger, la causa de los progresos rápidos de la enfermedad, ha sido la miserable condición social de las enfermas, más bien que el embarazo. Para conocer la influencia de éste, no se debe buscar en las clases más pobres que están expuestas á

toda clase de influencias nocivas. De 330 enfermas de los sanatorios, sólo 80 me manifestaron que su afección pulmonar había sido provocada por el embarazo, y, sin embargo, se trataba de casos que todavía se prestaban para ser tratados en un sanatorio. Lo que hay que procurar, es que las tuberculosas embarazadas, de la clase proletaria, se coloquen en mejores condiciones higiénicas. Si se juzga necesario interrumpir el embarazo, conviene aplazarlo todo lo posible hasta que el feto sea viable; pues si bien el parto prematuro dura más que el aborto, en cambio, bastante á menudo le proporciona á la madre un hijo vivo. En general, cuando ha concebido una tuberculosa, se debe esperar tranquilamente hasta el cuarto ó sexto mes y reflexionar después si la mujer no podrá resistir hasta el momento del parto prematuro.

El Dr. Heimann: Convendría organizar una investigación colectiva con el objeto de obtener estadísticas numerosas á fin de precisar el tiempo que transcurre desde la aparición de los primeros síntomas de tuberculosis hasta la muerte, en las mujeres que han tenido hijos y en las que no han tenido familia.

El Dr. Dührsen: De lo que he observado personalmente, deduzco que en la clase proletaria la tuberculosis se agrava con la presentación del embarazo; en muchos casos la influencia nociva de éste se manifiesta de un modo ostensible; pero en otros muchos se revela de un modo indirecto, sobre todo, en repetidos embarazos. En una serie de casos relativos á mujeres tuberculosas que ya habían parido, pero que se habían vuelto á hacer embarazadas, ligué las trompas y observé varias veces que después de esta operación las mujeres respectivas llegaban hasta á recobrar un aspecto floreciente. El aborto provocado, y lo mismo digo del parto prematuro, son intervenciones que llevadas á cabo con todas las precauciones necesarias, no pueden acarrearle á la mujer el menor perjuicio. Esto, no obstante, creo que no se deben ampliar sus indicaciones tanto como lo hace Hamburger.

El Dr. Leunhof: La cuestión de si el embarazo debe interrumpirse ó respetarse en las tuberculosas, no puede resolverse en términos generales; hay que hacerlo según las circunstancias especiales de cada caso particular. No será posible sentar principios generales, mientras no exista una estadística muy numerosa acerca de esta cuestión. Como requisito indispensable para provocar el aborto, debe considerarse siempre el consejo previo de varios compañeros.

El Dr. Senator: La falta de acuerdo que se observa en esta discusión como en otras que ya se han promovido sobre el mismo tema, es debida á que no se puede resolver en términos generales.

El Dr. C. Hamburger: No hay que tener tanto temor al Código penal. El que realiza un acto como consecuencia de un deber en el ejercicio de su profesión, queda siempre á cubierto de todo castigo, según la opinión unánime de los criminalistas.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung.*)—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 30 de Mayo de 1902.

Membrana situada entre las cuerdas vocales. — El Dr. Fein: Aquí presento un sujeto de sesenta y cinco años que tiene entre la porción posterior de las cuerdas vocales, y á nivel de las mismas, una membrana bastante resistente que sobresale en la glotis al separarse dichas cuerdas. La membrana no le produce al paciente la menor molestia y ha sido descubierta por casualidad. Debe ser congénita porque el sujeto no ha sufrido ninguna afección de garganta, difteria, etc., que hubiese podido explicar su formación, y tampoco tiene aspecto cicatricial. Como quiera que no molesta no hay necesidad de emplear ningún tratamiento para hacerla desaparecer. Estos casos son rarísimos.

Con este motivo diré que al sujeto que tenía una membrana entre la parte anterior de las cuerdas vocales, y que presenté el año pasado, le extirpé un trozo de dicha membrana por vía endolaríngea, para evitar que se soldara la parte anterior de dichas cuerdas; pero á pesar de mis esfuerzos y de emplear la intubación por el método de Schrötter, sólo conseguí que mejorara un poco la ronquera, pero la glotis quedó más estrecha que antes de la operación. Gussenbauer había propuesto hacer la laringofisura é introducir un pliegue de mucosa en el ángulo anterior para evitar la soldadura de la parte anterior de las cuerdas, idea que merece tenerse en cuenta para otro caso análogo.

Epitelioma curado con los rayos X.— El Dr. E. Schiff: El sujeto que aquí comparece tenía en la raíz de la nariz un epitelioma que ya tenía veintidós años de fecha, y que había sido tratado sin éxito por una porción de procedimientos. Se emplearon 33 sesiones de rayos X porque no fué posible evitar que interesaran la piel sana, y ésta se excorió algo, con lo cual se alargó el tratamiento. Ahora se ve en el sitio de la antigua pérdida de substancia una cicatriz blanca y lisa.

El Dr. L. Rethi: La úlcera epiteliomatosa tenía más de 1 centímetro de diámetro, y las cauterizaciones y otros medios que se emplearon en mi Consulta habían sido inútiles. El resultado obtenido con los rayos X, aun suponiendo que no sea duradero, es muy favorable.

El Dr Weinlechner: ¿Cuánto tiempo lleva de curada la úlcera?

El Dr. E. Schiff: La última aplicación de los rayos X ha sido hace siete semanas.

Epitelioma de la frente.—El Dr. Weinlechner: Aquí presento una anciana de setenta años en la que sobre una verruga que tenía en la frente hace catorce años, y á consecuencia de cauterizaciones se desarrolló una úlcera epiteliomatosa de 5 centímetros de largo, 3 de ancho y de bordes duros, elevados y agrietados. El 4 de septiembre de 1901 se extirpó por lo sano, taponando la superficie ósea que quedó al descubierto con algodón empapado en disolución de percloruro. El hueso se necrosó, y ahora aparecen al descubierto los dos senos frontales revestidos de mucosa, comprobándose por diversos procedimientos que comunican con las fosas nasales. El 2 de abril de 1902 se tomó al lado izquierdo de la pérdida de substancia un colgajo cutáneo y pe-

diculado, y después de quitar con el escoplo el hueso necrosado y aún no desprendido, y de refrescar el borde cutáneo de la pérdida de substancia, se cubrieron los senos frontales con el colgajo, consiguiéndose que éste prendiera, excepto en una pequeña porción correspondiente al seno izquierdo, que se trató de cubrir el 23 con otro colgajo, pero sin resultado, de suerte que persiste en la actualidad una pérdida de substancia que deja al descubierto una parte del seno frontal izquierdo. Además, existe una abertura ó fístula por donde comunica este seno con la fosa nasal del mismo lado. Esta fístula tiene una tendencia decidida á hacerse mayor.

El defecto que había quedado de resultas de tallar el gran colgajo se cubrió el 5 de mayo de 1902, por el procedimiento de Thiersch, con siete colgajos tomados del muslo izquierdo. Como los bordes de la fístula del seno frontal, á causa de estar revestido el seno de mucosa, se habrían de arrollar más tarde, y á consecuencia de esto aumentaría de tamaño la fístula, me propongo destruir la mucosa con el termocauterio para que los bordes cutáneos y refrescados de la fístula se puedan adherir al hueso, y en todo caso poder emprender con mejor resultado otra trasplantación cutánea quizá por el método de Thiersch.

El Dr. v. Eiselsberg: Propongo que se establezca el desagüe del seno hacia la nariz, dividir los colgajos trasplantados y hacer la sutura con alambre de plata.

Extirpación de un linfoma sarcomatoso de la axila. — El Dr. Weinlechner: Aquí presento una mujer de cincuenta y siete años, que fué operada en abril de 1902 de un linfoma sarcomatoso de la axila izquierda, el cual había comenzado á desarrollarse en junio de 1901 como un tumor del tamaño de una avellana, de crecimiento lento y que sólo alguna vez provocaba sensación de hormigueo en el dedo medio.

Cuando la operación, el tumor era como un puño, radicaba en el borde anterior de la axila, era un poco deslizable, duro y elástico á la vez y no provocaba ningún trastorno nervioso ni circulatorio. La punción exploradora dió resultado negativo. El tumor llegaba por arriba á la clavícula, por fuera al músculo deltoides y por dentro á un dedo del borde del esternón. Previa anestesia, practiqué el 18 de abril una incisión vertical de unos 15 centímetros desde la clavícula para abajo. Cortados los pectorales, se vió el tumor que ascendía un poco por detrás de la clavícula. Disequé el tumor empleando previamente los dedos y los elevadores, y teniendo que seccionar y ligar la arteria subclavicular, y que seccionar también el nervio radial. Hecho esto, cosí el pectoral con catgut y la piel con suturas por el método de Michel, dejando tan sólo una abertura de algunos centímetros. El curso postoperatorio fué apirético, pero quedaron como consecuencia los síntomas propios de la parálisis radial.

En la preparación se ve que el tumor, tuberoso y de unos 12 centímetros de largo, ascendía con su porción delgada por detrás de la clavícula. En el centro se encuentra el trozo resecado de arteria axilar. En la cara externa se ve el nervio radial resecado en una extensión de unos 7 centímetros. La resección del trozo de arteria axilar no acarreó daño alguno; la del nervio radial, en cambio, ha producido sus inevitables consecuencias. Si pasa un año sin recidiva se podrá intentar la neuroplastia.

Heridas por arma de fuego.—El Dr. Weinlechner: Aquí presento un sujeto de veinte años que se disparó cinco tiros, de los cuales le hirieron dos. Por delante de la escama del occipital, y á unos 8 centímetros del oído derecho, se encontró una abertura ojalada de unos 2 centímetros de largo, que llegaba al periostio, y que estaba rodeado de un cerco de pólvora. No se halló la bala. En la cara interna de la mano izquierda hinchada, por delante de la eminencia tenar, había un orificio estrellado. La radiografía y la sonda demostraron que el proyectil estaba en el segundo espacio intermetacarpiano cerca del dorso de la mano.

La tentativa de suicidio se realizó el 22 de abril de 1902. El 24, y después de dilatar la herida de la mano, se extrajo el proyectil, que era de 7 milímetros y tenía algo aplastada la punta. Día 2 de mayo: sutura secundaria y colocación de pinzas de Michel. Día 29 de mayo: curada la herida; el índice es el único dedo que está entorpecido en su movimiento de flexión.

Tumor de los órganos accesorios y cromoafines del simpático.—El Dr. *Stangl* presenta un caso de esta enfermedad.

El Dr. Wiesel: El Dr. Oscar Stocrk y yo, que nos venimos dedicando al estudio de los tumores procedentes de grupos celulares cromoafines, hemos visto dos de la estructura del presentado por el Dr. Stangl, pero situados junto al polo superior del riñón y creciendo hacia la zona cortical de éste. El uno se calificó de «struma suprarrenalis» (Grawitz) y el otro de «adenoma suprarrenal». Ambos están constituídos por células cromoafines.

El Dr. Bildl: En casos en que se sospeche la existencia de células cromoafines quizá sea útil examinar la acción del extracto recién preparado con dichos tejidos. En efecto, las células cromoafines y, por lo tanto, la substancia medular de la cápsula suprarrenal posee una acción específica tónica y vasoconstrictora que nunca se observa con el extracto de substancia cortical suprarrenal.

El Dr. Zuckerkandl: Si es cierto que de los órganos cromoafines pueden nacer tumores, también deben buscarse en el hilo renal, el seno renal y el espacio subperitoneal de la pelvis. En el embrión humano se encuentran cuerpos cromoafines típicos en la pelvis renal y en el mismo tejido renal. En la cavidad pelviana se hallan junto al plexo hipogástrico del simpático. En un embrión de 23 milímetros de largo encontré grandes órganos cromoafines debajo de la bifurcación de la aorta y con completa independencia de los situados al lado de la arteria mesentérica inferior.

Un caso de vólvulo.—El Dr. v. Eiselsberg: Un sujeto de cuarenta y siete años ingresó con síntomas crónicos de íleo que se atribuyeron á vólvulo incompleto ó á flexión angular producida por una brida. La laparotomía demostró la existencia de una grandísima dilatación é hipertrofia de todo el colon y vólvulo de la flexura izquierda producido por adherencia amplia de sus puntos de apoyo. Como á pesar de quitadas estas adherencias volvía á presentarse la torsión, y la introducción de una sonda rectal no dió salida á nada de material excrementicio, se practicó una incisión en la parte más baja de la flexura, con lo cual salieron 6 litros de excremento. En vista de esto, se practicó una ileocolostomía lateral.

A los dos días, y á pesar de salir gran cantidad de agua excrementicia, reaparecen los síntomas de íleo. A los cuatro días nueva laparotomía que

descubre la existencia de una flexión angular de la ileocolostomía por torsión del intestino delgado alrededor de su eje longitudinal y nueva tendencia á la formación de vólvulo. Se establece un ano preternatural axial en la parte más baja del intestino delgado. A los dos días muerte, revelando la autopsia la existencia de una peritonitis y de haberse abierto en parte la fístula enterocólica. El colon estaba enormemente distendido y engrosadas sus paredes.

Llevo hechas 10 operaciones de vólvulo en 9 sujetos. En 7 casos no había trastornos de nutrición del inestino; en 2 (que fallecieron) existía gangrena del mismo. De los 7 primeros casos en 5 se deshizo la torsión. Todos se curaron, pero así como de dos no tuve más noticias, del tercero supe que se murió al año de la operación; del cuarto que padece desde entonces de frecuentes cólicos, y en el último recidivó el vólvulo al año, por lo cual le practiqué con buen resultado la resección total de la flexura sigmoidea. De los otros dos casos de este grupo en uno ejecuté la resección primitiva, falleciendo el enfermo de peritonitis, y el segundo es el caso presentado hoy.

Para combatir el vólvulo se puede apelar á la retorsión ó destorcedura, la colopexia, la ileocolostomía y la resección. La primera operación es la más fácil; pero no asegura contra la recidiva. En los casos de gangrena de la flexura hay que practicar la tracción hacia adelante del trozo gangrenado ó su resección.

Hemiplegia de origen quirúrgico.—El Dr. v. Eiselsberg: Aquí presento un individuo al que, á causa de una herida punzante de la carótida, fué necesario ligarle este vaso, produciéndose á consecuencia de esto los síntomas típicos de una hemiplegia, que ahora (á los dos meses de la lesión) van retrogradando. Lo que ha hecho más progresos es el retorno de la movilidad activa del hombro y de la cadera; en el codo, muñeca y articulación del pié apenas se nota mejoría. En la rodilla se marca bastante.

El pronóstico, en lo que se refiere al restablecimiento completo, es incierto. — (*Wiener klinische Wochenschrift*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Punción y lavatorio con agua esterilizada en la peritonitis tuberculosa. — En vista de los resultados obtenidos por la laparotomía en la peritonitis tuberculosa, el Dr. Baylac aconseja la punción del abdomen y los lavatorios de la cavidad peritoneal con agua esterilizada. El agua se hierve y esteriliza al autoclavo, debiendo inyectarse á 43°. Para el lavatorio se emplea el aspirador de Potain ó un recipiente cualquiera colocado á cierta altura y unido al trócar grueso de Potain por medio de un tubo de caucho. El trócar y demás partes del aparato se esterilizan al autoclavo. Desinfectada cuidadosamente la pared del abdomen, se hace la punción en la parte media de una línea dirigida desde el ombligo á la espina ilíaca antero-superior izquierda, procurando que el enfermo se incline de este lado para favorecer la salida del líquido. Evacuado el líquido ascítico, se lava el peritoneo inyectando 3 ó 4 litros de agua esterilizada, á la que se da salida inmediata. Después se repite el lavatorio, pu-

diendo emplearse de este modo de 12 á 15 litros de agua. Hecho el lavatorio y extraída la cánula, se aplica sobre la herida un tapón de algodón mojado en colodion yodoformado, el abdomen se cubre con una capa gruesa de algodón y se sujeta con un vendaje. La operación es indolora, pero en los enfermos pusilánimes puede ser precedida de una inyección subcutánea de cocaína ó de una pulverización de cloruro de etilo. De 10 casos tratados con este método, ha obtenido el Dr. Baylac 6 curaciones durables.

(*Archives méd. de Toulouse*). — F. Toledo.

Resección total y bilateral del simpático cervical en la enfermedad de Basedow. — Según el Dr. Balescu, de todas las operaciones que con un fin terapéutico se han empleado en la enfermedad de Basedow primitiva, la más eficaz es la resección total y bilateral del simpático cervical (operación de Jonnesco). Es también la única racional, puesto que se admite que la base de dicha enfermedad son alteraciones funcionales. Ella sola es capaz de dominar los síntomas tanto principales como accesorios de la enfermedad de Basedow y de determinar su curación completa y definitiva.

Deben desecharse la simple sección del simpático cervical, y lo mismo hay que decir de su distensión ó alargamiento, porque estos métodos no pueden satisfacer el ideal de destruir las vías de conducción simpática que unen el *primum movens*, sea este el que quiera, con los órganos cuyas funciones están alteradas de un modo secundario.

La resección parcial y extensa del simpático cervical sólo puede estar indicada en los casos de enfermedad de Basedow, en que no es muy violenta la taquicardia. Pero una vez convencidos de la facilidad y ningún peligro de la extirpación de los ganglios cervical inferior y torácico superior, y de las ventajas de los resultados alcanzados con la extirpación total, no es racional seguramente detenerse por encima del ganglio cervical y respetar este último.

Aunque es muy cierto que las intervenciones quirúrgicas que interesan directamente al cuerpo tiroides, no son peligrosas en los casos de bocio simple, también lo es que precisamente en el bocio de la enfermedad de Basedow van acompañadas muy á menudo de graves contratiempos.

(*Archiv. fur. klin. Chirurgie*). — R. del Valle.

La sangre en la blenorragia aguda.—En el período agudo de la blenorragia no complicada, es decir, del sexto al octavo día—dice el Dr. J. Sabrazés—el número de glóbulos rojos y la proporción de hemoglobina son normales, mientras que el de glóbulos blancos aumenta (12.880, 14.880); el aumento recae principalmente en los leucocitos polinucleares neutrófilos, cuyo número total por milímetro cúbico es dos ó tres veces superior al normal (10.561 en vez de 4.200). El pus uretral contiene entonces casi solo leucocitos polinucleares neutrófilos. De esta leucocitosis participan también, aunque en menos grado, los linfocitos. La proporción de eosinófilos se halla, por el contrario, más ó menos disminuída. Al décimo día, cuando hay complicación de orquiepididimitis, la leucocitosis interesa los diversos tipos de leucocitos, pero de preferencia los polinucleares neutrófilos; además, existe

cierto grado de anemia. En este período de la blenorragia, el derrame abundantísimo en leucocitos polinucleares neutrófilos, contiene, además, células epiteliales eosinófilas y células linfocitoides en mayor número que al principio. —(*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*).—F. Toledo.

Modo de tratar la opacidad de la córnea producida por la cal.—De los experimentos y ensayos hechos por el Dr. Guillery, de Colonia, deduce que el mejor procedimiento para combatir la opacidad *primitiva*, producida por la cal cuando ésta actúa sobre la córnea es la aplicación, previa cocainización de una disolución de sal amoníaco, que puede ser hasta de 20 por 100 como máximum de concentración. Esta aplicación se efectúa en el bocio ocular durante media hora á tres cuartos, y con ella se consigue que la facultad visual aumente hasta el triple.

(*Knapp. und Schweiger's Archiv. für Angenheilk.*)—R. del Valle.

Tratamiento del desprendimiento de la retina.—El Dr. Dor ha referido en la Sociedad nacional de Medicina de Lyon, el caso de una míope de 6 dioptrías, con desprendimiento retiniano que databa de seis meses. Se la había tratado sin éxito con las inyecciones subconjuntivales de agua salada y que curó en pocos días con una sola inyección practicada en el espacio de Tenon. El líquido empleado en esta inyección fué el siguiente:

Cloruro sódico		5 gramos.
Carbonato de sosa	aa.	40 centigramos.
Sulfato de sosa	aa.	40 centigramos.
— de potasa	aa.	40 centigramos.
Fosfato de sosa		10 —

Agua destilada, c. s. para formar 20 gramos.

La inyección debe ser precedida de otra de morfina porque el dolor ocasionado por el líquido salino es bastante fuerte. De éste se inyecta en la cápsula de Tenon el contenido de una jeringa de Pravaz empleando una aguja curva especial que se introduce entre el músculo recto inferior y el externo hasta que se nota que la extremidad está libre. El enfermo no debe quedar inmóvil más de cuarenta y ocho horas, pero conviene que permanezca en una habitación obscura. Este tratamiento se halla indicado en los desprendimientos extensos que llegan hasta la papila del nervio óptico.—(*Lyon medical*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRES SORPRESAS DE LA CIRUGÍA HEPÁTICA

POR LOS DOCTORES

E. CERVERA Y R. L. Y YAGÜE

Del Instituto Rubio. Del Instituto Rubio.

Es por desgracia frecuente en la clínica, hallar enfermos afectados de dolencias anatomopatológicamente distintas con síntomas iguales en absoluto.

Su exacta observación conduce á juicios equivocados y pone de manifiesto la necesidad primordial de justipreciar exactamente los particulares de los signos morbosos, y la secundaria de su publicación, para el cotejo y comprobación de los cuadros sintomáticos, admitidos como clásicos de las especies morbosas.

Prueba palmaria son las tres observaciones que vamos á referir, equivocación diagnóstica completa la una, aunque aprovechada para estudio y ulterior intervención curadora; acierto incompleto la otra, en que no pudo llegarse á operación salvadora; de desacertado diagnóstico, pero eficaz en la intervencion, la tercera.

No son estos casos observaciones científicas en la propia acepción de la palabra, porque éstas exigen la investigación seriada de todos los órganos y sus funciones por los procedimientos que á la medicina prestan las ciencias auxiliares y desenvuelve el laboratorio, sino observaciones clínicas comunes en que se trató de llegar á diagnóstico cierto por los medios y procedimientos clínicos en uso.

De ahí que no se trate de exponerlos para constituír ciencia en cuanto á principios, sino de inducir á todos con el ejemplo á la publicación de casos semejantes, aquí donde la observación clínica juiciosa es frecuente y los buenos clínicos abundan, para hacer más

viva la disciplina y aprovechar todos, las enseñanzas que de ellas surjan, aunque cada cual en la medida que lo necesite.

1.° Fué un hombre llamado C. A., de treinta y dos años de edad, escaso de estatura, de complexión regularmente vigorosa, casado, residente y connaturalizado en Madrid, aunque nacido en Toledo, y de vida ordenada y metódica.

Su padre murió á los cincuenta y cuatro años de hidropesía, y su madre á los sesenta y cuatro, de neumonía. Sus hermanos fueron doce; viven cuatro, murieron siete por afecciones propias de la infancia, y uno hombre, en nuestra última campaña de Cuba.

Poco de notable hay en sus antecedentes: á los nueve años padeció «un gran asiento» que le duró ocho días; á los diez, una como congestión cerebral que le dejó temporalmente algo atontado; y fuera de las comunes afecciones catarrales que á todos son propias en los fríos rigorosos ó en los cambios estacionales, un ligero trancazo en época en que éste era epidémico en Madrid. Ligera blenorragia en la juventud. Esto es todo.

La enfermedad que motiva la observación comenzó á los dieciséis años; un día festivo, antes de comer, le empezó á doler el estómago (en el hueco epigástrico); la intensidad del dolor no le impidió ir de merienda, y si bien le obligó á guardar en la fiesta un relativo reposo, no tuvo por qué preocuparse grandemente de él, pues acabó por cesar por completo espontáneamente.

Hasta los veintitrés años no volvió á sufrirlo; entonces le apareció un ligero dolor de estómago con bastante ardor casi siempre á la hora de haber comido, y con menos frecuencia después de cenar, dolor que cesaba al acabar la digestión gástrica, cuatro ó cinco horas después de la ingestión alimenticia; cuatro ó cinco meses — no lo recuerda bien, ni modifican el caso—fué el tiempo que le duraron estas accesiones dolorosas, para cesar por completo y volver más tarde con el mismo tipo.

Al año, extraño á esto, tuvo un dolor análogo al primero («un cólico», son frases del enfermo, bastante inteligente é instruído para saber lo que dice), grande, situado en el centro del epigastrio, que duró dos días sin amortiguarse, cesando bruscamente á los tres cuartos de hora de la aplicación *in situ* de un vejigatorio, pero dejándole ictericia bastante manifiesta en todo el cuerpo, de la que no se vió libre en un mes.

Dos años pasaron sin molestia alguna; al cabo de ellos reaparecieron «los cólicos», de menor intensidad, pero con iguales caracte-

res, siendo frecuentes, pequeños y seguidos de molestia epigástrica continua, que se acentuaba después de comer. Como particularidades dignas de notarse, diremos que «el cólico» lo provocaba ó podía suscitarlo el agacharse hacia adelante, y la falta de ictericia cutánea, aunque los ojos le amarilleaban ligeramente. Con estas molestias pasaron tres años, al cabo de los cuales repitió el «cólico fuerte».

Interesaba filiar bien los particulares de los «cólicos», y á ello dirigimos nuestras indagaciones; no guardaban relación con las comidas, sobrevenían antes, en ó después de ellas, á veces en ayunas; no sabía á qué atribuirlos, pero sí que cada disgusto le ocasionaba uno; no podía prevenirlos, pero conocía cuándo le iban á dar, porque la coloración subictérica habitual de la esclerótica se le acentuaba, y le aparecían inapetencia y malestar; estos fenómenos precedían en dos ó tres días al dolor grande; éste se iniciaba de repente y fuerte, aunque gradualmente aumentaba de intensidad; su localización era siempre fija al lado derecho del epigastrio, de donde se irradiaba atrás y al hombro derecho; siendo su duración de cinco á seis horas, al cabo de las cuales la morfina ingerida lo calmaba, pero dejándole durante quince días sin fuerzas é inútil para el trabajo. Después le quedaba dolor continuo en el estómago y subictericia esclerotical.

Estreñido habitualmente, durante «los cólicos» seguía estándolo, sin que el color del excremento, que era normal, variase antes ni después de ellos. La orina era siempre encendida, y aumentaba en cantidad y color durante el cólico tirando á rojiza; su expulsión no producía molestias, y no orinó jamás sangre ni negro.

En ninguno de sus grandes ni pequeños dolores tuvo fiebre, y jamás notó bulto ó tumoración alguna.

La investigación radiográfica no dió nada preciso; en la región hepática una mayor obscuridad de la normal, que ascendía en el lóbulo pulmonar inferior derecho, semejando la que puede dar una infiltración tuberculosa de este órgano.

Los «cólicos» se le presentaron cada tres ó cuatro meses, hasta agosto de 1900 que tuvo tres en treinta días; después pasó dos meses sin ninguno, volviendo al cabo de ellos á tener uno cada mes, hasta mayo, en que se le presentó el grandísimo, que requirió la asistencia de todos, y fué el último, por fortuna para él y para todos.

El día 11 de éste tuvo fuerte dolor de riñones y el 12 un «cólico»; mas el día 15 se levantó por no llegar á presentarse el «cólico fuer-

te», y sentirse mejorado, pero el 16, cuando ya creía la crisis pasada, aparece el dolor intensísimo y continuo; su persistencia, á pesar del empleo de los agentes terapéuticos de eficacia comprobada, induce al Dr. López Durán, médico de cabecera que le venía asistiendo con el celo y suficiencia que le caracteriza, á llamar á uno de nosotros. El aspecto médico indujo á que fuera el de aficiones médicas, y con ello volvimos á ver un enfermo á quien la amabilidad del doctor Durán nos había hecho conocer ya tiempo antes en las consultas del Instituto de Terapéutica Operatoria.

Le recordábamos bien; allí nos contó la misma historia que hemos referido y que se ha cotejado varias veces. Su aspecto era entonces bueno, su nutrición suficiente, las escleróticas tenían tinte amarillento y en su examen sólo hubo un particular digno de notarse: en la parte derecha é inferior del epigastrio, un poco por dentro del reborde del décimo cartílago costal derecho, por detrás de un músculo recto bastante vigoroso se percibía un tumor de forma redondeada, como hemisférico, fijo al tacto, pero móvil á la respiración con la que ascendía y descendía ligeramente; parecía perderse por debajo del hígado, al cual era contigua mas no continua, por la falta de continuidad en las zonas de percusión, y á juzgar por lo que se tocaba, su tamaño era el de un huevo grande de gallina; en cuanto al hígado, se podía por el tacto alcanzar su borde en las inspiraciones profundas, ocupaba su sitio, estaba fijo y daba sensaciones de normal; á la percusión había aumento bastante pronunciado en sus zonas de macicez absoluta y relativa.

El tumor pudo ser comprobado muchas veces y por muchos Profesores; sus datos fueron para todos inequívocos; la presión en él sólo provocaba dolor, y si era fuerte, dolor tolerable; jamás se hicieron presiones que no fueran debidas.

Cuando volvimos á verlo en su casa, en mayo, la situación parecía análoga á la en que ya alguna vez se había visto, y confiamos en que con el tratamiento se lograría como otras veces la curación. Mas no fué así, ni la morfina, ni la ingestión de 200 gramos de aceite de olivas templado, ni los fomentos calientes, ni el opio en otras formas, hicieron cesar un momento el dolor, que brusco y brutal se inició en el epigastrio y permanecía fijo en el tumor con acentuación notable de la ictericia.

El cuadro general era el que corresponde á los grandes dolores; intranquilidad, piel fría y sudorosa, pulso contraído, insomnio y malestar continuo; la orina era escasa y encendida; el vientre per-

manecía estreñido, las deposiciones eran descoloridas, y el estómago permanecía tolerante.

Tuvimos que cesar en la morfina ante el temor de sobrepasar las dosis terapéuticas y el miedo á acumulaciones y fenómenos tóxicos consecutivos, y sin lograr ventaja alguna sobre el proceso, que si al principio fué infebril, le vimos luego acompañarse de escalofríos y fiebre, primero de tipo intermitente vespertino y más tarde remitente; tal y como podía corresponder á la más típica de las fiebres biliosépticas por infección del árbol biliar.

Hacía tiempo que el enfermo conocía nuestra opinión, franca y sinceramente intervencionista para conflicto semejante; ineficaz como había sido el tratamiento médico instituído en los intervalos, y opuesto á la operación en frío por su parte, cuando de nuevo ante el peligro inminente se la planteamos, se sometió gustoso á ella. Mas, ¿podía operarse con la infección? Era sin duda alguna menos conveniente, y para ver de eliminarla, empleamos junto á las irrigaciones intestinales, ya usadas, el salicilato de sosa de un modo continuo y aun ensayamos la quinina, sin que lográramos un solo momento variar el tipo ni la intensidad de la fiebre, por fortuna moderada, pues era de 37°,5 á 38° por la mañana y de 38,°5 á 39°, como máximum excepcional, por la noche.

Sin obtener ventaja alguna, el enfermo se aniquilaba; de día en día se hacía insuficiente su nutrición sostenida por la leche; fueron con las carnes aminorando las resistencias, y ante la seguridad de que sucumbía de un proceso al que no se veía el fin natural ni podía llegarse al provocado, optamos por la intervención quirúrgica inmediata, si á quien pudiera disponerla y hacerla le parecía tan inaplazable é ineludible como á nosotros.

Así fué, y con una unanimidad absoluta de juicios del médico de cabecera y colaboradores quirúrgico y médico, se dispuso todo para la inmediata intervención en el Instituto de Terapéutica Operatoria, á donde se trasladó en camilla al enfermo, y donde fué vuelto á ver por otros Profesores que no discreparon del juicio diagnóstico establecido, y que precisado de un modo categórico era así: *colelitiasis, obstrucción calculosa del conducto colédoco, angiocolitis consecutiva.*

Nada varió el estado del enfermo en su estancia en la enfermería; igual fiebre, la misma ictericia, idéntica acoluria en las deposiciones, y el tumor cístico perfectamente apreciable y doloroso á la presión. Y con los cuidados de asepsia que es uso, se le llevó á la mesa

de operaciones, animosos todos por ver en la intervención el principio del final de unos sufrimientos, que irremediablemente acababan con el enfermo á quien todos queríamos.

Nada que no sea lo habitual hubo en la laparotomía, que como era obligada fué lateral; la sorpresa surgió brusca, brutal y hasta descorazonante, cuando abierto el peritoneo se encontró un tetón grisáceo, tenso, algo fluctuante, ocupando el sitio de la vesícula, que estaba escondida detrás de él y de aspecto normal, y cuando además de éste se vieron otros tres tetones más pequeños, pero de igual aspecto, forma y consistencia, situados detrás del mayor, ocupando el hilio hepático. No había nada de anormal en los conductos hepático, cístico y colédoco, ni en el hígado, que era grande, liso y de color obscuro apizarrado.

No cabía, no podía caber duda alguna, lo que en el enfermo se había tocado en las exploraciones no era la vesícula, era el tetón grande, único accesible, y no podía tampoco abrigarse duda alguna de que no había litiasis.

A la mente de todos y á los labios de algunos saltó en seguida esta pregunta : ciertamente no era litiasis, pero ¿qué era?

Fracasados en el diagnóstico clínico, de aspecto excepcional y equívoco, lo que se veía era para la mayoría un sarcoma hepático, para quien de nosotros operaba una probable degeneración, quizás tuberculosa, de los ganglios linfáticos. Mas ¿sería esto?

Después de todo choque, una estupefacción sigue en más ó menos grado al golpe, y tras de toda sorpresa quirúrgica, que es siempre un choque moral con derrota, el espíritu más sereno se conturba para nuevas afirmaciones categóricas, sobre todo cuando el aspecto de lo que se halla no es categórico, sino, por el contrario, excepcional é inusitado; asegurar, pues, que lo diagnosticado era lo exacto hubiera sido temerario, y basar en ello una conducta quirúrgica definitiva cerrando el vientre, hubiera sido tan fácil como poco quirúrgico, pues deshaciéndose del problema de cirugía que el enfermo planteaba (como se deshace cualquiera tirándolo por el balcón de lo que puede serle enojoso en su casa), se hubiera soslayado una cuestión que era menester resolver, hasta dónde y como se pudiera, si la cirugía había de cumplir su fin humanitario con un enfermo que abandonándole lo tenía cierto. Podía, pues, y debía observarse y esperar para ver si se lograban datos en qué basar una conducta quirúrgica ; con tanta más razón cuanto que no escritas como eso están aún más que las primeras temblorosas páginas de la cirugía

del hígado, de estas intervenciones precisa sacar provecho y enseñanza para su adelantamiento progresivo.

Si el éxito sancionara las conductas, la sanción de la seguida estaría en que al acierto de no cerrar, debe el enfermo su vida.

Este era el fin que indiscutiblemente se perseguía, pero entonces ni aun se sabía cómo podría ser dable, ni á decir verdad se contaba casi con lograrlo. Lo inmediato, lo que allí se imponía y, por tanto, lo que se hizo, fué secuestrar lo hallado, y cerrando todo lo demás, esperar á que el enfermo curara de la intervención para ver de continuar entonces sin peligros su estudio, y de lo que surgiera de él obtener solución terapéutica conveniente.

Y como se deseaba se logró; el curso post operatorio no ofreció incidencias, y á los siete días se volvió á llevar el enfermo á la sala de operaciones. Entonces, sin temores al peritoneo, podíase obrar libremente y proceder á las exploraciones que fueran necesarias. La primera que se creyó conveniente fué la de raspar uno ó varios de los mamelones, y recoger y sembrar lo que de ellos se obtuviera, para ver si por los exámenes micrográfico y bacteriológico del producto podía venirse en conocimiento, ó cuando menos inducir, la naturaleza del proceso patológico.

Dispuesto lo necesario para ello, se barrió con la cucharilla ligeramente el mamelón mayor, que como los otros aparecía cubierto por alguno de pus, y cuando la cucharilla empezaba á recoger detritus, al raspar empezaron á salir poco á poco unas gotas de líquido claro y transparente, como agua de roca, y ante la estupefacción de todos, ansiosos ya de conocer el fin, al continuar raspando surgió un verdadero chorro del mismo líquido y algunas vesículas hidatídicas que dieron la clave del diagnóstico, y con él la alegría de la salvación de lo que se consideraba irremisiblemente perdido. Se agrandó la abertura lo que se pudo, se extrajo cuanto fué posible, que fué mucho, y se trasladó al enfermo á la sala.

Las curas lograron en algunas semanas acabar con las vesículas, eliminó la membrana, y sin incidencias notables en el curso, el enfermo curó completamente al cabo de tres meses.

Tan curado como está hoy, que más grueso y fuerte que antes, comienza á aquejar alguna de sus habituales molestias hiperclorhídricas digestivas.

Ahora bien, ¿debió y pudo diagnosticarse este quiste hidatídico parenquimatoso antes de la operación? Ni debió ni pudo diagnosticarse, porque la enfermedad, no sólo en cuanto á especie morbosa,

sino en el enfermo, se caracteriza por las determinadas alteraciones objetivas y subjetivas, físicas y funcionales que éste ofrece, y que agrupándose de uno ú otro modo, pero existiendo siempre, todas, la mayoría ó cuando menos algunas, permiten reconocer y filiar su dolencia, dándola el nombre que la corresponde. Cuando tales alteraciones, síntomas ó signos no existen, la enfermedad no es diagnosticable y se llama latente. Y cuando las que ofrece como manifestación son las que caracterizan otra dolencia, de ésta habrá que poner el nombre al proceso patológico.

No es esto pretender disculpar una equivocación paladinamente confesada, y la honradez de la cual está no sólo en su confesión, sino en su publicación, no, puesto que cuantas veces se nos presente el mismo cuadro sintomático, habremos, juiciosa y racionalmente, de darle, con ó sin error posible, el mismo nombre.

Todo el que se ocupa en asuntos quirúrgicos de vientre, ha sufrido, y lo que es peor, sufrirá aún no se sabe hasta cuándo, tan desagradables sorpresas; pero es menester que, publicándolas, primero, se testimonie de su existencia, y segundo, se vea más palmaria la necesidad de reforzar los medios diagnósticos, y si fuera posible, aprovechar las enseñanzas que dieran los síntomas para deducir reforma en los cuadros sintomáticos y dar á cada proceso morboso el suyo preciso; y, sobre todo, para sustraer el diagnóstico á las contingencias de la apreciación personal, hoy su base casi exclusiva, llevándolo por más firmes derroteros á terrenos de investigación que permitan obtener datos con los que hacer los juicios menos personales, y más inequívocos y ciertos los diagnósticos.

2.° La segunda observación es la de una enferma que en el mes de mayo de 1901 acudió á la consulta de enfermedades del aparato digestivo de la Policlínica.

De treinta y cuatro años, era casada, residente y connaturalizada en Madrid, donde vive dedicada á las labores de su sexo y propias de su clase artesana; no refirió antecedente ninguno personal ni hereditario que pudiera relacionarse con la afección que padecía.

Esta había comenzado unos meses antes por dolores en la parte izquierda del epigastrio, los cuales se la presentaban de cuando en cuando sin relación con las comidas, empezaban sordamente, se hacían después de más intensidad, y llegaban á adquirirla grande más tarde para cesar bruscamente, como se establecieron, á las tres ó más horas de comenzar, sin nunca dar lugar á vómitos y terminando con emisión de orinas, primero claras y luego obscuras como

caoba, pero no sanguinolentas; que después de estos dolores la quedaba una coloración ligeramente amarilla de las escleróticas, y cuando eran más largos é intensos de toda la piel; que estos dolores fueron progresivamente haciéndosela más frecuentes, intensos y largos, siempre asentando en el mismo sitio, y que mes y medio antes de presentarse en la consulta, había tenido uno, el mayor de todos, no cesando por completo, restándola aún dolores en el lado derecho y gran ictericia que, sin cesar desde entonces, se habia acentuado cada vez más, y acompañado últimamente de fiebre diaria no continua, más pronunciada por la tarde.

Y en efecto, la enferma, muy desnutrida y marchita, presentaba el tinte general amarillo-verdoso-obscuro de las grandes ictericias por retención, color tan obscuro á veces que hacía recordar el de los adisonianos; las cámaras eran descoloridas, la orina de color de caoba, y se podía comprobar una tan ligera fiebre que, efectuándose el examen por la mañana, inducía á pensar la moderación del recargo de la tarde.

Sus órganos digestivos nada ofrecían de particular fuera del hígado; en éste había aumento de volumen manifiesto á la percusión y al tacto, de tal modo que por éste se podía apreciar que su superficie era lisa y su borde rebasaba el costal, estando ligeramente engruesado, pero normal. Y la existencia de un tumor fácilmente perceptible, lisa, redondeada, dolorosa á la presión, libre, renitente, no continua con la pared, móvil con la respiración y al parecer fija al hígado, con el que tampoco era continuo el segmento apreciable; tumor que estaba situado en la porción de la región epigástrica, que por corresponder normalmente á la vesícula biliar, se llama región cística.

No había tampoco nada saliente en ningún otro órgano ni aparato, mas que lo que como secundario corresponde á tal ictericia.

Con tal cortejo sintomático, ¿de qué diagnosticar la enfermedad? Ante todo, de obstrucción de los conductos colédoco y cístico, y el tumor, de tumor vesicular; pero ¿cuál era su causa? Ciertamente que los dolores no tenían, por su situación, nada de los característicos de la litiasis biliar, sino muy al contrario, topográficamente eran gástricos y aun del fondo de este órgano; pero en éste no había otros dolores que pudieran asemejarse á los sufridos por la enferma que los de la hiperclorhídria, los de la úlcera y los del cáncer, de los cuales no existían los otros síntomas ni ninguna de las demás manifestaciones objetivas, porque se caracterizan en la clínica; ni aun ha-

biéndolos, hubieran podido explicar la independencia de los dolores con la ingestión de alimentos, su aparición brusca, su duración continua y, sobre todo, la producción de la ictericia, y mucho menos aún, la etapa final con obstrucción del colédoco y tumor cístico.

Por ello hubo que pensar, á pesar de la situación de los dolores, en la única afección que podía explicar de una vez, y todos ellos, los particulares del síndrome; en la litiasis biliar productora de los cólicos hepáticos y consecutivamente de la obstrucción del conducto cístico, causa de retención de las exudaciones mucosas vesiculares y engendradora, por tanto, de la hidrocolecistitis, y en la obstrucción del conducto colédoco (y no en la del hepático, porque la litiasis era vesicular), responsable de todo el síndrome ictérico, siendo la infección del árbol biliar consecuencia de la falta de las defensas mecánica y química de la bilis, y productora de la angiocolitis, significada por la fiebre. Y éste fué el diagnóstico.

Conforme á él, se estableció el tratamiento médico: dieta láctea, alcalinos, purgantes, irrigaciones intestinales frías y salicilato de sosa. Su ineficacia fué absoluta, y ante ella, y transcurrido con creces el tiempo prudencial, que es precepto esperar para considerar irreductible por medios médicos la obstrucción colédoca, se acudió á la intervención quirúrgica, previo ingreso de la enferma en el Instituto de Terapéutica Operatoria.

La laparotomía puso al descubierto una vesícula grande, aún más grande de lo que parecía, como sucede casi siempre con todos los tumores abdominales; su punción dejó salir gran cantidad de un líquido claro y transparente, como agua de roca, y cuando las desconfianzas de muchos acerca del diagnósitico se iban haciendo ostensibles, vaciada la vesícula y abierta ampliamente, se hallaron, aprisionados en el fondo, seis cálculos, uno grande, como una avellana mediana que pesa, hoy seco (y sabida es cuán grande es su ligereza), 2 gramos, de aspecto irregular, rugoso en unos puntos y en otros con cuatro facetas, producidas por el adosamiento de cinco cálculos pequeños engarzados también en el cuello de la vesícula.

Con este hallazgo, la primera parte, la fundamental del diagnóstico, aparecía comprobada, pero quedaba para que fuera completa y hacer eficaz la intervención quirúrgica, quitar la obstrucción del colédoco, que, lógicamente pensando, debía ser también ocasionada por otro cálculo. Y se buscó, sin lograr hallarla. Los conductos cístico, colédoco y hepático, no dejaban percibir nada en todo su tra-

yecto; sólo buscando y rebuscando se logró tocar una masa dura, fija, de sensación calculosa, situada al final del colédoco, fuera ya de éste en plena ampolla de Vater, donde al parecer ocasionaba la obstrucción. Y como la terapéutica para ser eficaz imponía su extracción, se acometió por el único sitio por donde era atacable, por el intestino; incindióse longitudinalmente el duodeno por su cara anterior, y después posterior, en duodenostomía anterior y posterior, en una extensión de 4 centímetros; dentro ya de él, se fué en busca de la masa dura, que se tocaba y que parecía libre en la ampolla; la sorpresa fué, sin embargo, tan ingrata como infausta; más que una masa única, era como una infiltración de los tejidos y del páncreas por granos, que daban la sensación de arenillas, pero ni extralibres ni libres.

La intervención, pues, no podía ser radical; allí estaba su fin y allí le tuvo. Se suturó el intestino, se marsupializó la vesícula y con las suturas habituales se terminó la laparotomía.

El curso operatorio fué bueno; por la fístula salió al cabo de varios días bilis; las cámaras siguieron descoloridas y la enferma, á quien se dejó á final de curso curada de la intervención, comenzó durante el verano con dolores gástricos post-digestivos, retención alimenticia, vómitos, primero alimenticios pequeños y luego abundantes y continuos, grande ascitis, y demacrándose más cada día, murió sin lograrse su decoloración.

La autopsia, hecha por el Dr. Arnal, mostró: peritoneo inundado de líquido fuertemente pigmentado como toda la serosa; hígado algo aumentado de volumen, con un hermoso jaspeado en su superficie y en su interior de manchas amarillas, duras, como de tejido escleró-sico, y otras rojovioláceas y negras, blandas y sangrantes, de varios tamaños, desde el de una moneda de un céntimo á la de cinco; vesícula biliar vacía y un bloque neoplásico (?), duro, como de abundante tejido conectivo, ó quizá esclerósico, que comprendía el centro del duodeno, cuyo calibre obstruye casi por completo y conductos de Wirsung y colédoco, éste por encima de la confluencia del hepático y cístico; nada de arenas ni cálculos.

Sin análisis, este caso pudiera parecer un éxito diagnóstico; con él, el éxito es á todas luces incompleto, porque si bien se comprobó la litiasis biliar, ni siquiera se previó un motivo de obstrucción colédoca extraordinario, la litiasis pancreática, que era indudablemente lo que la enferma tenía en forma infiltrada y productora después de su esclerosis. Podía pasar como disculpa que su síndrome (polidipsia,

polifagia, poliuria, demacración rápida, estearrea) no existía, y aun los hechos del escaso valer que se hubiera podido otorgar á esta última para el diagnóstico en un intestino sin bilis, y de la fácil explicación que tenía el enflaquecimiento de la enferma, pronunciado, pero no rápido, en su condición orgánica, en sus sufrimientos físicos y en la pobreza del medio social en que vivía. Pero analizándolos, también se encuentra que la localización y aun la intensidad y el carácter del dolor, fué más la que corresponde al cólico por litiasis pancreática que la del debido á la calculosis hepática; inequívoca, sin embargo, pues testimoniaron de ella los hechos, y sin la que jamás hubiéramos podido explicarnos la hidrocolecistitis, palmaria también en la intervención.

No caben, pues, atenuaciones, el diagnóstico fué inexacto por incompleto, porque confesamos que ni se nos ocurrió pensar en esta rara y extraordinaria asociación de las litiasis.

Como al comenzar la intervención estaba bien lejos del ánimo de todos que un azar pudiera llevarnos á intentar intervenir, lo que (que nosotros sepamos) no se ha hecho por nadie; bien que tal como la enferma lo padecía era en absoluto inoperable.

3.° El enfermo ha sido operado en junio de 1902; su diagnóstico era indudable, tanto como lo pueda ser el que más; fué el mismo para todos cuantos le vieron, que no fueron pocos, pues fué primero presentado en las conferencias que los jueves del curso hay al final de la visita general en el Instituto de Terapéutica Operatoria, y después en la última sesión del presente año de la Academia Medico-Quirúrgica Española, sin que por nadie de cuantos le vieron en unas y en otras se apuntase otro diagnóstico del que á todos pareció de indudable certeza clínica.

Y es que ni la historia, ni el cuadro patológico se prestaban á duda de ningún género.

En efecto, se trataba de un hombre, M. D., de cuarenta y tres años de edad, casado, natural y residente en Madrid, forjador de oficio y de regular temperancia.

Su padre murió de accidente imprevisto y su madre á los setenta y cuatro años, de consecuencias pulmonares de la gripe, habiendo perdido once de sus doce hijos en la infancia.

No tiene antecedentes. La enfermedad actual comenzó hace cinco años en julio; después de comer tuvo un «cólico», que atribuye á la noticia del accidente de su padre, cólico que se inició con dolor brusco y de gran intensidad en el lado derecho del epigastrio y ter-

minó con la expulsión con el excremento, por el ano, de varios cálculos, ocho lo menos, grandes como del tamaño de avellanas medianas, quedándole ictericia, sin curarse de la cual tuvo en dos meses otros dos «cólicos», por la noche, de iguales caracteres en el dolor con la misma localización de éste, aumento de la ictericia y terminados también con la expulsión de cálculos, aunque esta vez de menor tamaño. Mejorado, pero con ictericia, marchó á Cestona, y allí, haciendo uso de las aguas minero-medicinales, expulsó con cólicos cálculos en gran cantidad y de tal volumen, que el enfermo compara los expulsados «á un cuarterón (120 gramos) de garbanzos»: cesaron con ello los accidentes, y se hubiera creído completamente curado, si no hubiese notado que le quedaba dolorida la región cística, y en ella un tumorcito del tamaño como de una avellana.

Esto no le impidió dedicarse á sus ocupaciones, en el desempeño de las cuales vió hace un año que el tumor le empezaba á crecer progresivamente, hasta hace poco tiempo que también ha podido apreciar ha cesado el crecimiento.

El enfermo, vigoroso y fuerte, es además inteligente; por sus relaciones con la medicina veterinaria, da su relato con ilustración relativa, y muestra con exactitud el sitio donde su tumor es perceptible.

En efecto, por dentro del cartílago costal noveno, debajo del borde de un hígado normal en sus dimensiones y no bien palpable por esconderse detrás de unos músculos rectos poderosos, se aprecia con claridad un tumor, como un huevo grande de gallina, hemisférico, liso, tenso, como elástico, contiguo al hígado, móvil con la respiración y nada más que con ella, indoloro espontáneamente, pero doloroso á la presión, y de la cual refiere han partido sus dolores.

Nada hay en ningún otro órgano ni aparato que merezca mención. El color de la piel, mucosas, orina y heces fecales es normal.

Con estos datos se diagnosticó *litiasis biliar*, *obstrucción cística é hidrocolecistitis consecutiva*. La radiografía, debida por cierto á la bondad del Dr. Espina de tan notoria autoridad en la materia, nada demostró.

Y con el juicio de que el proceso no era curable sin operación, se intentó el tratamiento médico (leche, agua bicarbonatada, algún purgante mecánico, irrigaciones intestinales frías, perlas de éter y trementina). Como era de esperar, nada se logró, y el enfermo advertido de los peligros, pero conocedor de la necesidad de ser intervenido, ingresó en las salas del Instituto.

El cotejo del diagnóstico dió allí el mismo resultado, y después del estudio del estado de su función hepática y renal por medio de la ingestión de una solución de levulosa é inyección de otra de azul de metileno, que demostraron no existía insuficiencia hepática, ni impermeabilidad renal, se procedió á su intervención.

La incisión puso al descubierto tan poderoso músculo recto, que para dejar libre el campo operatorio, hubo necesidad de seccionarlo transversalmente; entonces fué bien apreciable el relieve del tumor; tenía la consistencia blanda y exacta situación cística, pero al cortar la aponeurosis se le encontró situado entre la cara interna de la fascia y la parietal del peritoneo; independiente de este tumor, por detrás de él y á través del peritoneo que le cubría, se tocaba bien otro casi vacío, que por su forma y situación se creyó sería la vesícula biliar, ya que evidentemente no podía serlo.

Se incindó el primer tumor y se vació: era un quiste hidatídico, se extrajo su membrana germinativa, se limpió todo rigorosamente, y se seccionó el peritoneo. Con efecto, allí estaba el otro tumor, flácido, casi vacío, adherido por bridas á los órganos contíguos; pero aunque su aspecto era de bolsa, no era, sin embargo, tampoco la vesícula biliar, porque ésta estaba detrás del medio llena de bilis, con volumen y aspecto normal; era sencillamente otro quiste hidatídico, casi completamente curado por regresión y posterior absorción de su contenido, y que en su vida patológica, por accesos sucesivos de periquistitis, había dado origen á adherencias con la vesícula y órganos inmediatos. El aspecto, forma, color, consistencia y volumen del hígado, eran normales; su exploración no permitió hallar en él más que la continuación del quiste, que se perdía en la cara superior.

No procedía, por tanto, hacer nada en el aparato biliar, y con cortar—previa doble ligadura en las más gruesas—las adherencias, liberando así los órganos y marsupializar la segunda bolsa quística, la operación se dió por concluída.

El curso post-operatorio ha sido bueno y la eliminación de hidátides abundante y mucho mayor de la que podía esperarse.

El enfermo curará seguramente con la intervención; pero, ¿podrá servirnos el hallazgo de sus quistes para evitar en lo sucesivo errores análogos? En modo alguno, porque si bien lo excepcional y contingente por ser de la clínica debe en ella tenerse en cuenta, su misma rareza impide hacer de ello base para el diagnóstico, á menos que el cuadro clínico fuera equívoco, como no lo era en nuestro en-

fermo, ó que se quieran cotizar en la clínica las adivinaciones afortunadas.

Mas la clínica, si ha de ser científica y ante todo racional, no es ni podrá ser nunca la ciencia de la adivinación diagnóstica al azar ó ó por impresión, sino la seriación lógica de lo observado en los sujetos patológicos, para por un juicio exacto, aprovechar lo metódicamente apreciado, y, dando el justo valor que á los particulares sintomáticos correspondan en cada caso por su constancia, su frecuencia ó su rareza, clasificar, con el mayor número de probabilidades en el acierto, la dolencia de un enfermo determinado, sometido á nuestra observación.

Y si, observando bien y justipreciando exactamente, se llega á un error, será culpa de que la fenomenología morbosa engañe con las apariencias, ó error nacido de las insuficiencias de la clínica misma que carezca aún de datos para hacer constante, seguro é inequívoco el hallazgo de la verdad.

Y mientras éstos surgen en ciencia nueva, cuya necesidad se siente, pero cuyo alborear no se vislumbra, fuerza será preferir, ateniéndonos á lo constituído, un error justo y científico á una adivinación irracional y brillante.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Nuestras colonias en Guinea. Consideraciones técnicas, sociales y políticas, por el Dr. D. Federico Montaldo. Madrid, 1902.

II. Método práctico de construir dentaduras en cautchouc, sin necesidad de maestro, por el Dr. D. J. Martínez Sánchez. Madrid, 1900.

I

El estudio sanitario de las Colonias ha sido y será durante mucho tiempo el punto de mira á resolver, en sus múltiples problemas, por todas las naciones cultas que no descuidan como base de riqueza en su expansión territorial la salud de los colonizadores. España no se ha distinguido, ciertamente en esta cuestión por sus afanes en lo-

grar la resolución de este importante problema colonizador, y ejemplos de ello bien notorios están en las manifestaciones que hace en su Memoria relativa á los resultados de sus trabajos científicos en Guinea por nuestro distinguido higienista y médico de la Armada el Dr. Montaldo.

Conocedor como pocos el Dr. Montaldo de las condiciones sanitarias de nuestras posesiones africanas en Guinea, nos presenta en este trabajo ameno é instructivo el verdadero estado de las cosas; y de las ideas en él vertidas pueden los gobernantes sacar deducciones útiles para ulteriores determinaciones de orden social y político allí en donde debe definirse si merece la pena grandes sacrificios para aprovechar ó abandonar territorios que alguien cree pueden ser de porvenir para nuestra nación.

Juzgando el trabajo del Dr. Montaldo en su parte técnica, reconocemos lo que en la mayor parte de los trabajos publicados por este distinguido médico, ciencia y sinceridad en cuanto expone, que si bien en ocasiones parece fuerte en la expresión, es porque su autoridad, nacida del conocimiento personal del asunto y la verdad científica, así lo exigen.

Los médicos verán en este trabajo mucho de interés relativo á higiene colonial, y los gobiernos ideas muy aprovechables para las determinaciones en el asunto y una de las manifestaciones más plausibles del resultado de los trabajos de la Comisión enviada al Muni. Nuestra cordial felicitación al Dr. Montaldo por su excelente información.

II

Desea el autor de este trabajo exponer, en pocas páginas y con la claridad necesaria, todo cuanto concierne á esta clase de estudios, para que, tanto el médico que trate de conocer fácilmente las aplicaciones de los aparatos ortopédicos dentales, como los que deseen iniciarse en las manipulacionss que exige el arte de la Protesis dental. En nuestro juicio ha conseguido su objeto, dando al público una Monografía útil para el fin propuesto.

La exposición detallada de los aparatos necesarios para la construcción de dentaduras, la manera de tomar medidas para construir una dentadura, y todo, en fin, lo necesario para ultimar esta labor, se desarrolla en varios capítulos de la obra, que creemos muy recomendable.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 7 de Junio de 1902.

Patogenia y tratamiento de la pulmonía. — El Sr. *Ortega Morejón* (*D. M.*), dice que antes de entrar en materia, conviene saber qué es la pulmonía. *Anatómicamente* es una enfermedad aguda, que consiste en la inflamación de uno ó más lóbulos pulmonares, con exudación fibrinosa en los alvéolos é induración del parénquima, como resultado de esta misma exudación. *Clínicamente* está caracterizada en primer término por una fiebre de principio brusco, precedida con frecuencia de escalofrío, de marcha muchas veces cíclica, y después por trastornos respiratorios más ó menos graves, y tos con expectoración viscosa mucosohemática, constituída en gran parte por el exudado alveolar. Y *bacteriológicamente* es una enfermedad específica é infecciosa, debida á la acción patógena de un microbio particular, que recibe el nombre de neumococo y se desarrolla en el parénquima pulmonar á impulsos de trastornos circulatorios ó nutritivos de origen variable, y que, limitado en un principio al pulmón, puede extenderse la infección neumónica á todo el organismo, convirtiéndose de enfermedad local primitiva en enfermedad general consecutiva.

Añade el Sr. Ortega Morejón, que para los anatomopatologistas, la pulmonía es una enfermedad puramente local ; para los clínicos es una enfermedad general, y para los bacteriólogos es una enfermedad local que puede hacerse general, y él cree que excepto la pulmonía traumática, la enfermedad es general, aludiendo solamente á las fibrinosas ó lobares, en las que se presentan frío intenso, castañeteo de dientes, reacción febril, vómitos, dolor de cabeza, quebrantamiento de fuerzas, inquietud, alteraciones de la respiración, dolor de costado, tos, expectoración herrumbrosa y demás signos característicos de la pulmonía que son producto de la acción patógena del neumococo. No cree que éste sea el único causante de la enfermedad, y que esta insuficiencia causal sólo puede subsanarla el enfriamiento, deduciendo de todo esto, que *la pulmonía es una enfermedad general, cuya causa ocasional es el enfriamiento, y la específica el neumococo, y por tanto, que es una enfermedad específica é infecciosa.*

Luego pasa el Sr. Morejón á exponer la historia por que ha atravesado el estudio de la pulmonía, y lo divide en tres períodos : 1.° desde el origen de los conocimientos médicos hasta fines del siglo XVIII; 2.°, comienza en Laennec que á su riguroso método de exploración clínica se reconocieron, analizaron y refirieron á sus síntomas las lesiones pulmonares, mediante la percusión y la auscultación que permitían seguir la evolución del mal ; y 3.°, que comprende los trabajos de las escuelas de Viena y de Leipzig sobre la

marcha cíclica de la pulmonía, siendo Jurgensen el primero que se atrevió á manifestar que debía de considerarse la pulmonía como enfermedad general específica é infecciosa, con determinación pulmonar.

Entra después á ocuparse del *tratamiento histórico de la pulmonía* y habla de los tiempos de Hipócrates, en que se sangraba para combatir dicho padecimiento. Reduce á tres principales sistemas médicos, de los cuales se derivan otros tantos métodos curativos: 1.°, considerábase á la pulmonía como una flogosis provocada y sostenida por un estado patológico de la sangre, que es más abundante, más espesa y está cargada de principios irritantes. Luego Rasori coloca el origen del mal en el sistema nervioso, Broussais en el pulmón, y la escuela alemana en la sangre otra vez; de aquí la *medicación antiflogística* sacando sangre al enfermo y empleando el tártaro estibiado; 2.°, la enfermedad considerábase como un ser nocivo; como un parásito que se establece á viva fuerza en el organismo y trata de acabar con él. Hay que dar, pues, energías al enfermo, y de aquí la *medicación tónica*, empleando los alcohólicos á altas dosis, resurgida en 1860 por Todd; y 3.°, se ve en la neumonía una fiebre, de origen extrínseco, de curso regular, cuya esencia no puede atacarse, pero sí modificar sus manifestaciones hipertérmicas, y se constituye la *medicación antipirética* por medio de los baños fríos, el sulfato de quinina á altas dosis, la digital y la antipirina.

El Sr. Morejón rechaza la sistematización terapéutica, y dice que los grandes clínicos de todos los países han reconocido y denunciado este exclusivismo funesto, sublevándose contra todas las medicaciones sistemáticas, y demostrando que la terapéutica de la neumonía, como la de todas las enfermedades, varían al infinito, según las particularidades individuales. Y como los progresos realizados, dice, en el conocimiento de las condiciones etiológicas y patogénicas de la neumonía en nada han cambiado por desgracia este principio, puesto que se ignora el medio de matar el neumococo y la manera de evitar su desarrollo, el parénquima pulmonar, el tratamiento de la neumonía tiene que continuar siendo puramente sintomático, desde la expectación pura hasta los medicamentos más enérgicos, entre los cuales comprende la sangría, el tártaro estibiado y las grandes revulsiones.

Dice el Sr. Morejón que no quiere pasar en silencio los esfuerzos que algunos prácticos distinguidos han realizado respecto á la *medicación específica*, así profiláctica como curativa. Con referencia á la primera, sólo quedan el aislamiento del enfermo y la desinfección como toda enfermedad infecto-contagiosa; y relativamente á la segunda, teniendo en cuenta la biología del neumococo, se ha empleado el frío aplicado al pecho, porque antes de 25° y después de 40° pierde este microbio sus propiedades virulentas; por ser anaerobio se han usado las inhalaciones de oxígeno, cuyos funestos resultados se comprenden fácilmente, tratándose de una flegmasía pulmonar, y también enemas de gas sulfhídrico y administración de alcohol por dar acidez al aire espirado, toda vez que el medio en que vive dicho germen ha de ser alcalino. Pero todos estos esfuerzos no han dado resultados en la práctica.

Añade que todos los medicamentos preconizados tienen su aplicación en determinados casos, y por esto va á estudiar separadamente los más principales en sus efectos inmediatos y en sus aplicaciones terapéuticas, dando á

conocer mejor su manera de intervenir en las variedades de pulmonía que llevan por título esténica ó inflamatoria, biliosa, adinámica, pestilente y pútrida ó maligna de los antiguos.

Expectación. — Biett y Magendie fueron los primeros que imaginaron suprimir el tratamiento activo por el abuso de la sangría, colocando al enfermo en las mejores condiciones higiénicas, cuyo tratamiento siguieron notabilidades médicas, que desistieron por fin á causa de la mayor mortalidad observada, volviendo á la antigua terapéutica.—*(Continuará).*

Un monstruo doble.—El Dr. Gutiérrez, dice: A título de curiosidad científica y cumpliendo el encargo que me hace un distinguido compañero y amigo, tengo el gusto de presentar á la Academia la fotografía de un *monstruo doble, autositario xiphopago* (*toracopago*, según Dareste), del cual se ha ocupado la prensa política en el mes último.

Es de lamentar la falta de datos con que se me remite esta fotografía, pues la circunstancia de no haber tenido asistencia facultativa en el momento del parto la madre de estos fetos del sexo masculino, cuya expulsión fué auxiliada por una mujer del vecindario con oficio de partera, es causa de que ignoremos si sólo existía una bolsa amniótica, como es de presumir, y la aptitud en que salieron al mundo los dos individuos que constituyen este monstruo.

Sólo sabemos que la madre, Francisca Sánchez, tiene treinta y siete años y es pluripara; habita en el pequeño pueblo de Alcudia, partido judicial de Guadix; que sus partos anteriores fueron normales; y de los dos fetos nacidos en mayo último, perfectamente desarrollados, quizá con exceso, el uno salió con vida que sólo duró unos minutos, presentando los signos de la asfixia, que se destaca por el color negro de la cara en la fotografía, y el otro debió morir durante el parto. Como se puede observar en ésta, los dos fetos están unidos por un ancho pedículo que se extiende desde el apéndice xifoideo al ombligo único y común.

Este monstruo xiphopago, de haber sido asistida su madre por un tocólogo, casi seguramente hubiese vivido y quizás alcanzado la edad de otros ejemplares semejantes, como los chinos Lion-Tang-Sen y Lion-Seng-Sen y las famosas Radica y Doodica, que tanto han dado que hacer á la prensa en estos últimos tiempos con la operación llevada á cabo por el genial operador Dr. Doyen, gracias á la cual hemos venido al conocimiento de la constitución anatómica del medio de unión de estos seres, y quizá, quizá, á la interpretación embriogénica de la formación de estos monstruos xiphopagos.

En efecto, según los minuciosos detalles del acto operatorio realizado por el Dr. Doyen para separar á las hermanas Radica y Doodica, el pedículo, cuya longitud y anchura varían mucho según la posición y los tratamientos, está compuesto de arriba á abajo por la piel surcada de algunas venas transversales; por debajo de ella existe un puente cartilaginoso debido á la fusión de los dos apéndices xifoides; más abajo otro puente muscular formado por haces diafragmáticos anastomosados y aponeurosis; luego el peritoneo unido de ambos fetos formando una cavidad comunicante, y por último, el puente hepático, que es la fusión directa de ambos órganos sin interposición de tejido fibroso, surcado por gruesas arterias (tres en el caso de Doyen), y que siempre ha hecho tan temida la separación de estos individuos. En el

tercio inferior, el pedículo sólo está constituído por la piel y el peritoneo. Sería curioso averiguar en vida, por la prueba doble del azul de metileno, cuál era la dirección de la corriente sanguínea en las arterias de este puente hepático y á dónde abocaban estos vasos; en el monstruo Radica y Doodica sólo se administró el azul de metileno (dos centígramos) á la segunda, habiéndose observado que las orinas de la primera se tiñeron tan pronto

como las de Doodica. Sólo así podrían resolverse varias cuestiones relacionadas con la diferencia de desarrollo en estos individuos, transmisión de enfermedades, alteraciones hemotivas, etc.

Al observar los cambios que sufre el pedículo en sus dimensiones por las distintas posiciones de los dos individuos y considerando que en los xiphopagos chinos, que llegaron á la edad de diecisiete años, el pedículo hepático estaba alargado y fibroso, parece natural deducir que el estiramiento continuo del mismo reduce su volumen y transforma el tejido hepático en tejido fibroso, con lo cual se hace menos peligrosa la sección; de donde, la separa-

ción de los xiphopagos bien desarrollados es más benigna y de éxito más halagüeño cuando se practica hacia los quince años que en la primera y segunda infancia, en cuyas edades hay menos resistencia orgánica, es más friable el tejido de unión hepática y mayor la vascularización.

Es de esperar, que hallándose los xiphopagos de Alcudia en la Facultad de Medicina de Granada, á donde fueron remitidos, podamos conocer otras particularidades que esclarezcan la fisiología patológica de estos monstruos.

El Sr. *Espina*, con motivo del caso operado por Doyen en las niñas Radica y Doodica, manifiesta su deseo de que se aclarara el problema de la herencia de la tuberculosis y de la manera cómo puede verificarse el contagio de dicha enfermedad en tales monstruosidades, y declarándose partidario de la herencia sin restricción alguna.

El Dr. *Gutierrez* contesta que, existiendo en Doodica peritonitis tuberculosa, podía transmitirse á Radica por las adherencias que entre las dos existían, y que la laparotomía era un medio curativo de dicha enfermedad, aunque no seguro, habiendo recogido en su práctica más casos de curación que de muerte.

El Dr. *Mariani* expone sus dudas acerca de la laparotomía como medio curativo de la peritonitis tuberculosa, habiendo visto operados que, aliviados ó curados al parecer, sucumbieron más tarde de la misma enfermedad.

El Dr. *Alonso Sañudo* dijo que la peritonitis tuberculosa se puede curar sin operación, citando un caso de su Clínica en que se obtuvo tan satisfactorio resultado en cinco meses, y que hay ocasiones en que debe apelarse á la cirugía, dando cuenta de otra enferma que padecía, además, epilepsia, y en la cual no esperaba un efecto tan beneficioso.

El Dr. *González Alvarez* admite la herencia de la tuberculosis, y cita dos casos observados en la Inclusa de esta Corte de un niño de tres días y otro de cinco, que fallecieron de tuberculosis y sus madres estaban tuberculosas.

PERIÓDICOS

Absceso reumático; osteoperiostitis de la primera costilla izquierda. — Don José González Rey publica, en la *Revista Médica de Sevilla*, el siguiente caso clínico, de cuya interpretación había ya casi desistido cuando conoció lo dicho por el Dr. San Martín en la Real Academia de Medicina de Madrid, en la sesión del 5 de abril pasado.

El referido Profesor, ocupándose de la constitución médica reinante durante el anterior invierno en Madrid, habla de una serie de casos nuevos que ha visto en el presente año en la Clínica que tiene á su cargo. Se trataba de individuos de buen desarrollo, de distintas edades, sin antecedentes, que han padecido afecciones reumáticas, de dolores intensos siempre en las extremidades superiores, empezando por el hombro, luego en la muñeca, más tarde en el brazo, y por último, en el antebrazo, sin afectar la articulación

del codo. Escalofríos, fiebres, frecuencia del pulso y respiración, piel roja y brillante, tumefacción y aumento de calor.

Al exponer el diagnóstico, el Dr. San Martín manifestó sus dudas, pues en un principio creyó se trataba de alguna afección de origen séptico ó flemones profundos, como sucede en la osteomielitis, llamada también forúnculo de los huesos y tifus de los miembros. Cuán fundadas fueron las dudas del Dr. San Martín, se comprenderá fácilmente por el relato del caso que ha observado, en cuyo diagnóstico, esas mismas dudas del ilustre catedrático de la Universidad Central han venido á arrojar mucha luz.

El tratamiento empleado consistió en emolientes primero y después desbridamientos amplios y numerosos, encontrándose con el tejido celular infiltrado, escaso pus, y en una ocasión, *el cúbito y radio completamente resecados.*

Expuesto así á grandes rasgos lo dicho por el Dr. San Martín en la Real Academia respecto á esa serie de casos nuevos observados en su Clínica, pasa á historiar el siguiente, que demuestra que la afección no es patrimonio de Madrid, sino que se da en otras regiones bien distantes.

Hace dos meses fué llamado el Dr. González Rey para visitar un niño de cinco años que, según su madre, estaba enfermo de pulmonía, pues además de la fiebre, acusaba un dolor en el lado izquierdo del pecho. Vió al niño, al que efectivamente encontró con una fiebre alta, pero la expresión de su fisonomía no era la característica de los neumónicos. Cuando se cogía al niño por el tronco, exhalaba agudos ayes, y á pesar de faltar la facies neumónica y la tos, el dolor que provocaba todo movimiento algo pronunciado era tan evidente, que el Dr. Rey creyó pudiera tratarse de alguna *afección reumática* de la pared torácica izquierda, sitio en el cual parecía radicar el dolor.

Dos días continuó la misma situación: fiebre alta, sudores abundantes, dolor cuando trataba de mover el tronco, circunstancia que le hacía adoptar una posición especial.

Al tercer día, en la región infraclavicular izquierda, comprobó una subida coloración de la piel, más calor y un principio de empastamiento de los tejidos subcutáneos, región á la cual parecía haberse limitado el dolor.

La zona roja y empastada era muy extensa: por abajo rebasaba la línea mamilar, por dentro llegaba hasta el borde derecho del esternón, por fuera al hombro y parte lateral y por arriba ascendía por el cuello. Este empastamiento inflamatorio de los tejidos era bastante para explicar la fiebre y el dolor que había acusado el enfermito, pues la más ligera presión con el dedo sobre la zona inflamada, provocaba un ¡ay! desgarrador.

Empleó desde el primer momento los emolientes, y así continuó durante dos ó tres días, sin que el tacto pudiera apreciar más que una ligera fluctuación muy profunda.

La fiebre, sin pasar de 40°, se sostenía continua, los dolores cada vez se hacían más insoportables, la zona inflamada iba ganando espacio, y en vista de que aquellos tejidos no se fundían en pus franco, desbridó profunda y extensamente, para dar salida á una cantidad de pus no muy grande, á trozos de tejido celular esfacelado, proporcionando con ello al enfermito una gran mejoría, por cuanto la fiebre, sin llegar á la apirexia, remitió mucho por la tarde y el estado general ganó en animación.

A la mañana siguiente, la sorpresa fué tan grande como su disgusto; la herida quirúrgica estaba completamente seca; de su fondo obscuro y mate no fluía una sola gota de pus, fiebre elevadísima; el niño era presa de un estado de estupor rayano en el coma.

Volvió de nuevo á los emolientes, formuló pociones tónicas con coñac, y á las cuarenta y ocho horas pudo conseguir una supuración abundante, con la cual salían grandes trozos de tejido celular mal fundidos, productos ambos que daban un olor infecto muy pronunciado.

Desde este momento, la situación se despejó bastante; la fiebre bajó en los días sucesivos hasta la completa apirexia, volvió el apetito. Sin embargo, la marcha de la reparación fué muy irregular, sobre todo excesivamente larga; estuvo estacionada la cicatrización durante algunos días, y poco á poco fué cerrándose la brecha quirúrgica.

Confiesa que á los pocos días se olvidó del enfermo y de su extraño absceso, olvido á que contribuyó no poco el que su madre no había vuelvo á consultarle, traduciendo este silencio como señal de que el niño estaba restablecido.

A los pocos días la herida no había cicatrizado todavía, y al curarlo aquella mañana, le pareció notar en sus bordes un cuerpo extraño, como un trozo de hueso que deseaba salir.

«Reconocí la herida, dice el Dr. Rey, y la simple inspección me demostró que efectivamente allí había algo, tal vez un hueso que pugnaba por salir; aquellos bordes circulares, carnosos, fofos, exuberantes, con un mal formado agujero en el centro, son síntomas característicos. El dedo apreció en el agujero la extremidad punzante de un secuestro, y la pinza extrajo ¡un trozo de la primera costilla, de 4 cent. de longitud! El hueso estaba agujereado en distintas partes de su superficie y el tejido esponjoso había desaparecido por completo, presentando la costilla extraída el aspecto de un cilindro hueco.

Coincidiendo con esta nueva fase de la afección de mi pequeño enfermo, y en el mismo día en que se extrajo el secuestro óseo, empezé á visitar otro niño que, como el primer enfermo, se quejaba de dolor en la región torácica anteroderecha, fiebre alta, ligera inyección de las conjuntivas, lagrimeo y alguna tos. No hay sarampión en la localidad, y esto alejaba de mi pensamiento la idea de que pudiera tratarse de esa fiebre eruptiva; el reconocimiento de la garganta no suministraba datos á favor de este diagnóstico. El niño no había salido á ningún otro pueblo de los inmediatos, y la familia aseguraba no había tenido contacto con ninguna persona extraña.

Deseché por completo la idea de sarampión y esperé á que la marcha de la enfermedad despejara la incógnita; pero lejos de suceder así, la situación se complicó, haciéndose más confusa, por cuanto á los dos días de fiebre el cuerpo del enfermo se cubrió de grandes manchas rojas, que de nuevo me hicieron vacilar.

Estas manchas, al contrario de lo que suele acontecer en el sarampión, aparecieron primero en el tronco y extremidades inferiores, dejando libres la cara y brazos. Al otro día de haberse presentado esta erupción, el dolor del pecho, cuyo asiento no precisaba el enfermo, se localizó, fijándose de una manera aguda y sostenida en la región infraclavicular, y la rubicundez

que cubría esta parte adquirió un brillo característico, pudiendo apreciar al tacto la dureza inflamatoria de los tejidos subcutáneos.

El recuerdo del primer enfermo acudió rápidamente á mi imaginación; pude entonces afirmarme en la creencia de que no se trataba del sarampión, y en la imposibilidad de formar un diagnóstico exacto, que á pesar de los mayores esfuerzos de imaginación no acudía, me dispuse á tratar al niño conforme lo había hecho en el primer caso: emolientes y dilatación.

Hace tres días abrí el absceso, que ya tenía una franca fluctuación, dando salida á pus abundante, evacuación que ha producido una rápida mejoría, hasta el extremo que el enfermito come bien, juega y está alegre, excepto cuando me ve entrar para hacer la cura diaria. A pesar de este brillante resultado, no estoy satisfecho; la herida, desde la evacuación del absceso, no supura, y el recuerdo de lo ocurrido con mi primer enfermito, me obliga á ser un tanto pesimista en este segundo caso.

En esta situación de perplegidad, lee la interesante comunicación del Dr. San Martín á la Real Academia, y sus dudas quedan desvanecidas. En efecto, el origen reumático del absceso infraclavicular del primer enfermito no puede ser más evidente; la acción continuada del frío húmedo sobre el cuerpo del niño determinó su extraña afección, sin que me sea dado alcanzar las razones por las cuales el proceso eligió esa región de preferencia á otra, cuando todas se expusieron á la acción de la misma causa. ¡Misterios inexplicables ante los cuales, hoy por hoy, y quizás en mucho tiempo, tendrá que detenerse nuestro justo afán de descubrir el por qué de múltiples determinaciones del organismo!

En el segundo caso, la etiología no resulta tan clara como en el primero, y la analogía de la marcha de las afecciones en ambos enfermos, inclina el ánimo á admitir la influencia de la humedad en el desarrollo del proceso. La erupción era reumática á todas luces, y por si alguna duda pudiera sustentar, el absceso terminal del proceso febril eruptivo viene así á corroborarlo.

Estos dolores, esta fiebre, estos abscesos y la osteoperiostitis, son reumáticos, no hay la menor duda. ¿Que los autores no señalan entre las manifestaciones reumáticas los procesos necrósicos de los huesos? No importa; por algo se dice que la medicina está en período constituyente. ¿Qué causas han contribuído á esa tendencia de las manifestaciones reumáticas en este año? No lo sabemos, pero es lo cierto que así ocurre. Recuerdo que en el verano del año 95 se dieron muchas pleuresías con derrame, teniendo ocasión de comprobar la pleuritis en enfermos de las provincias de Huelva, Córdoba y en la nuestra. ¿Por qué se dieron esas pleuritis en este año? Probablemente por la misma ignorada causa que en este invierno y primavera se dan los procesos reumáticos en la forma que se deja dicho.

El primer enfermo sigue con su herida sin cicatrizar, rechazando la familia toda intervención quirúrgica y hasta el reconocimiento con la sonda ó el estilete, y el segundo enfermo tiene su herida abierta, sin supurar apenas, aunque el estado general continúa siendo bueno». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 8 *de Julio de* 1902.

Hongo del micetoma de granos negros.—El Dr. R. Blanchard: En la sesión del 24 de junio último expuso el Dr. Laveran el resultado de sus observaciones importantes sobre la naturaleza del agente infeccioso que ocasiona el micetoma de granos negros. Se trata de un hongo, al que propuso dar el nombre de *Streptothrix mycetomi*.

Los Dres. Bouffard, Brumpt y Chabaneix, que habían examinado ya al enfermo objeto de esta observación, observaron que los granos negros evacuados con el pus eran de naturaleza micélica. Su descripción merece reproducirse:

«La disociación de uno de estos granos elementales demostró estar compuesto: 1.°, de una membrana de cubierta delgada, resistente, de color rojo morenuzco por transparencia, y constituída por filamentos micélicos entrecruzados; 2.°, de una parte central, fácil de aplastar, constituída, al parecer, de igual manera, pero menos compacta. Se ven bacterias numerosas y de especies variadas que rodean, al parecer, los granos, pero que no proceden de su masa».

Según esta descripción, el micetoma de granos negros es una micosis en la que las bacterias no desempeñan papel alguno.

El Dr. Brumpt, en su viaje por el Africa, ha hecho observaciones sobre el micetoma de granos negros. Esta afección parasitaria del pié es frecuente en las comarcas visitadas por dicho observador, igual que el micetoma de granos blancos. Ha demostrado, por medio de varias investigaciones, que el micetoma es debido á una mucorina y no á *Actinomicetos* ó *Streptotrhix*. Las observaciones del Dr. Laveran confirman este resultado importante.

El Dr. Laveran: En mi nota sobre el micetoma de granos negros, dije que varios observadores, el Dr. Brumpt entre otros, habían visto filamentos micélicos en los granos negros; pero en los granos negros de los tumores en vía de supuración se encuentra, además de los filamentos micélicos, un gran número de microbios: bacterias, infusorios, etc. Después de examinar sólo los granos negros, observadores competentísimos han deducido que el agente patógeno del micetoma de granos negros es una bacteria. El interés del hecho que comuniqué á la Academia, consiste en que el tumor examiminado por mí no había supurado; no había más microbios que el hongo, y éste existía en tal abundancia, que era imposible dudar de su papel patógeno.

Respecto á los cultivos hechos por el Dr. Brumpt, creo que hay que hacer algunas reservas.

El Dr. Bouffard me ha enviado también cultivos hechos con granos negros en hojas de *dourah*; si no he hablado de estos cultivos, es porque el hongo desarrollado sobre el *dourah* no me ha parecido de la misma especie que el que existía en las paredes del tumor. No podrá afirmarse que los cultivos son los del hongo patógeno hasta que se consiga reproducir, por medio del hongo cultivado, las lesiones características del micetoma de granos negros; hasta ahora, todas las tentativas hechas en este sentido en los animales, han fracasado.

Papel de la intoxicación en los accidentes mortales de la apendicitis. — El Dr. Dieulafoy: El objeto de mi comunicación es principalmente demostrar el papel de la *intoxicación* en los accidentes mortalas de la apendicitis.

Un hombre de veinticinco años, de buena salud, sintió de repente dolores abdominales. Al día siguiente los dolores persistieron, y en vista de tal estado, ingresó en el Hôtel Dieu al segundo día de la afección. Tenía 39°, dolor localizado principalmente en el vacío derecho, pero no abombamiento del vientre ni vómitos.

Aunque no había signos positivos de peritonitis, como la orina contenía albúmina, pigmentos biliares, etc., se practicó la laparotomía. El apéndice se hallaba adherido al ciego y gangrenado en su mayor parte; había también un abscesillo retrocecal, que se abrió y desaguó, extirpándose el apéndice. El enfermo continuó agravándose, y murió sin presentar signos de peritonitis.

A la autopsia nada se descubrió que hiciera sospechar la existencia de la peritonitis. En cambio, existían hepatitis y nefritis de naturaleza tóxica, lo que hace suponer que la muerte fué debida más á la intoxicación que á la infección.

Hasta estos años últimos, las lesiones infecciosas de la apendicitis eran las únicas que habían llamado la atención.

Peritonitis generalizadas y circunscritas, abscesos á distancia, infección casi siempre mortal del hígado (hígado apendicular), infección terrible de la pleura (pleuresía apendicular), empiema subfrénico apendicular, pericarditis purulenta apendicular, abscesos cerebrales apendiculares, son otras tantas complicaciones temibles que el apéndice engendra durante su fase activa, *antes de enfriarse*; todas estas complicaciones, vuelvo á repetir, dependen de la exaltación de la virulencia apendicular y las infecciones consecutivas.

Pero hay también otro factor temible con el que no se había contado: es la toxicidad elaborada en el foco apendicular, es la toxina de este caldo de cultivo, con todas las modificaciones consecutivas.

Si no me engaño, la noción de la *toxicidad apendicular* se ha demostrado con exactitud por vez primera en esta tribuna de la Academia (1). No me ocuparé de los experimentos que he hecho en colaboración con mis jefes de laboratorio. Recordaré únicamente los síntomas de intoxicación apendicular, la albuminuria, la urobilinuria, el color subictérico ó ictérico de los te-

(1) Dieulafoy, «Toxicidad de la apendicitis». Comunicación á la Academia de Medicina, 1898, y *Clínica médica del Hotel Dieu*, t. II, pág. 496, publicada por la Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas Madrid.

gumentos, las hematemesis, etc., pero creo útil insistir sobre ciertas lesiones debidas á la intoxicación apendicular, lesiones de las que voy á ocuparme en detalle.

Los estudios clínicos, experimentales y anatomopatológicos relativos á la toxicidad apendicular, nos enseñan que la apendicitis es cuando menos tan temible por sus venenos como por sus microbios. Es un dato que conviene tener muy en cuenta cuando se quiere formular el tratamiento racional de la apendicitis y no atenerse á fórmulas que parecen dicen así sin decir nada. Intentaré demostrarlo.

Desde hace algún tiempo, dos fórmulas poco afortunadas pretenden resumir el tratamiento quirúrgico de la apendicitis; dos campos se han formado. A uno de estos campos pertenecen los partidarios de la operación en frío, los que no operan hasta que la apendicitis «se ha enfriado». Al otro pertenecen los partidarios de la operación en caliente, los que operan la apendicitis durante su período agudo ó febril, para suprimir á tiempo las causas de peligro y de muerte. La clasificación se hace de tal modo, que la nota dominante actual se encierra en estas dos fórmulas: operar en frío y operar en caliente. Hay operadores en frío y operadores en caliente: se piden médicos consultores para frío y para caliente. No exagero.

Diciendo que es mejor operar en frío ó que es preferible operar en caliente (lo que es opuesto en absoluto), indudablemente alguno se engaña.

Los partidarios de la operación en frío publican estadísticas favorables al parecer. Las operaciones en frío, dicen, producen resultados admirables, mientras que en las operaciones en frío se citan muchos fracasos.

Expliquemos esto. Se alaban los excelentes resultados de la operación practicada en frío, y se forman estadísticas cuyos datos, comparados con los éxitos de la operación hecha en caliente, hieren á primera vista la imaginación de los médicos y de las familias. Pero es un error, porque estas estadísticas, no obstante su sinceridad, se interpretan mal en realidad. Coloquemos la cuestión en su verdadero terreno y veamos lo que debe pensarse de los resultados que se fundan en los preceptos, según los cuales la operación, en el caso de apendicitis aguda, debe diferirse hasta que la apendicitis se enfríe.

Ante todo, los éxitos de la operación practicada nada tienen que deban sorprendernos, y lo contrario es lo que nos sorprendería. Operar en frío es operar un enfermo ya curado ó casi curado; la fase aguda y temible de la apendicitis ha pasado, la economía, más ó menos afectada é intoxicada, ha salido victoriosa, y cuando la batalla ha concluído, cuando el peligro está conjurado, la operación en frío viene á separar las reliquias de la batalla. Guardémonos de atribuir á esta intervención todos los honores de la curación; el operador en frío ataca un foco que no arde; hace, sin embargo, una obra útil y evita recaídas, pero no concedamos á las estadísticas formadas con estos casos una importancia que no tienen.

Estas estadísticas deben ser tanto más modestas cuanto que conviene, ante todo, saber el número de víctimas que han sucumbido á la apendicitis «caliente» antes de haber llegado á la fase feliz de apendicitis enfriada, en la que se debía operar y curarles.

Porque mientras se espera este enfriamiento, muchos enfermos de apen-

dicitis aguda mueren en plena fase «caliente»; recordad sobre el particular la notable comunicación del Dr. Chauvel. Estos enfermos, cuyo apéndice no se enfría con bastante rapidez, á pesar de las previsiones, mueren infectados é intoxicados; mueren con el apéndice gangrenado, mueren con pus en el peritoneo, en el hígado, en la pleura, etc.; mueren intoxicados, *lo sabemos ahora*, porque la toxina apendicular provoca en el estómago, en el hígado, en los riñones, lesiones sobreagudas que antes no se habían sospechado.

En vista de semejantes eventualidades, con tales desastres en perspectiva, ¿se esperará para intervenir á que la apendicitis quiera enfriarse? Confieso que no lo comprendo. Desde hace algunos años he tenido que tratar de cerca esta cuestión medico-quirúrgica de la apendicitis, he visto muchísimos enfermos, y declaro que ante las catástrofes de que he sido testigo ó confidente, jamás aconsejaré esperar á que se enfríe la apendicitis para operarla.

Al contrario, la única noción verdadera, racional, fundada en la experiencia, la que da seguridad absoluta y evita toda eventualidad, es la de la operación en caliente, *practicada á tiempo*, es decir, antes de que el foco apendicular haya tenido tiempo de lanzar por todas partes agentes tóxicos é infecciosos.

Sé que en ciertas estadísticas de operaciones practicadas en caliente se indican los fracasos, pero á pesar de su sinceridad, se trata de estadísticas mal interpretadas. Estas estadísticas de operaciones en caliente comprenden, sin distinción, operaciones practicadas en cualquier momento de la fase llamada caliente. Todo depende de esto. Si la operación tarda algo en practicarse, cuando el enfermo está ya irremisiblemente infectado é intoxicado, hay fracasos y se incluyen sin razón en la estadística de la operación en caliente. Nada sirve operar si no se hace á tiempo. He observado lo siguiente sobre este asunto:

Las apendicitis agudas, aun graves y de marcha rápida, que he hecho operar, y que han sido operadas cuando más al segundo día, *han curado todas*.

Casi todas las apendicitis que he hecho operar ó que han sido operadas al tercer día, han curado, pero algunos operados han quedado durante algunos días entre la vida y la muerte.

Respecto á las apendicitis agudas operadas al cuarto día, y con mucho más motivo los días siguientes, nada digo; se obtienen éxitos numerosísimos, pero los fracasos dependen de la infección y de la intoxicación, que han tenido tiempo de agravar el acto operatorio. Se ha operado muy tarde.

Lo que antecede, prueba que debemos todos, médicos y cirujanos, procurar hacer un buen diagnóstico y una buena semeiología. Los enfermos ó los padres dicen muchas veces que el principio de la enfermedad data de la víspera ó de la antevíspera, porque hacen coincidir el principio de esta enfermedad con la agudeza de los dolores.

Ahora bien, por un examen minucioso y metódico rectificaremos el error, conseguiremos saber que tal apendicitis que se nos dice cuenta dos días de fecha, se halla realmente en el tercero ó en el cuarto; que tal otra que se cree se halla en el tercer día, está en el quinto ó en el sexto. Estos detalles

son importantísimos, porque se trata de una enfermedad en la que bastan veinticuatro y hasta doce horas para cambiar su pronóstico.

El Dr. Chantemesse: La comunicación interesantísima del Dr. Dieulafoy pone frente á frente, respecto á la apendicitis, los métodos terapéuticos de las dos escuelas, demasiado radicales una y otra en sus afirmaciones: unos quieren la operación inmediata en cuanto se diagnostica la apendicitis aguda; otros quieren contemporizar en este caso y esperar á que la inflamación de la apendicitis esté localizada, limitada, en una palabra, á que *se enfríe*. Los argumentos en pro y en contra se toman de la estadística. Creo, sin embargo, que las estadísticas cuentan las apendicitis como unidades comparables entre sí. No es así; la apendicitis no es más que una lesión anatómica de donde procede la infección del peritoneo, y esta infección es la que constituye el verdadero peligro. Toda apendicitis aguda vierte en el peritoneo microbios, que son variables en su especie, en su virulencia y en su número. Y además, cosa esencial, la invasión peritoneal se produce unas veces con facilidad, porque el apéndice está libre en la gran cavidad, porque ninguna adherencia limita el foco primitivo, porque la vía de salida de los microbios á través del apéndice es grande, y otras veces esta invasión se produce con lentitud, porque el apéndice se halla situado debajo del ciego, y una barrera se forma á expensas de los órganos abdominales y de los leucocitos inmigrados. Pero es indudable que el desarrollo de la peritonitis provocada por condiciones tan desiguales, será diferente en un caso y en otro. Cuando el apéndice está libre y puede verter en el peritoneo gérmenes muy virulentos en abundancia y con rapidez, las condiciones son las mismas que en la perforación intestinal tal como se observa en ciertas enfermedades, y sobre todo, en la fiebre tifoidea. En este caso la intervención operatoria lo más rápida posible, como aconseja el Dr. Dieulafoy, es la única esperanza de salvación. Si, por el contrario, el foco de infección procedente del apéndice está, por su topografía, limitado, ó es limitable con facilidad, si los microbios que le forman son poco peligrosos, será útil contemporizar. Evitará al enfermo el colapso de la operación y del cloroformo durante el período febril, es decir, durante el período de infección sanguínea. La intoxicación clorofórmica no es indiferente á un organismo invadido por microbios.

Los factores esenciales que rigen el pronóstico de una apendicitis aguda no son, por desgracia, apreciables por el médico cuando la apendicitis principia, y por este motivo hay tantas divergencias de opinión y habrá durante mucho tiempo, hasta que los médicos y los cirujanos estén de acuerdo sobre la conducta que conviene observar cuando se presenta una crisis de apendicitis aguda.

El Dr. Dieulafoy: No he comprendido bien las objeciones que acaba de hacer el Dr. Chantemesse. No he querido llevar la cuestión al terreno patógeno, tan mal conocido.

Lo que sabemos perfectamente es que existe una enfermedad toxi-infecciosa terrible, de origen apendicular, y á la que llamamos apendicitis. La apendicitis no es consecuencia de toda lesión del apéndice. En la tuberculosis intestinal y en la cecal, la tuberculosis se propaga á veces al apéndice, y el apéndice tuberculoso está considerablemente hinchado, deformado, ul-

cerado en su interior. Y, sin embargo, no existe el menor síntoma de apendicitis. Lo mismo acontece con la actinomicosis.

Sólo hablo de las apendicitis verdaderas, de las apendicitis que han sido «calientes»; no se trata más que de éstas, porque son las únicas en las que puede esperarse á qué se enfríen. En éstas sabemos que existe un foco apendicular, de donde se propagan por la economía los gérmenes infecciosos y las substancias tóxicas. Para estas apendicitis no conozco más que una terapéutica: extirpar cuanto antes el foco.

(*Bull. de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 17 *de Junio de* 1902.

Cianosis congénita con auscultación cardíaca normal. — El Dr. Variot: Se trata de una enferma que presentaba cianosis congénita intensa, sin que á la auscultación se oyera ruído alguno anormal en la arteria pulmonar ni en la región mesocardíaca. Este caso es análogo á uno publicado por Gampert y á otro de Dévé. En estos últimos la autopsia reveló la existencia de una estrechez de la arteria pulmonar con comunicación de las dos mitades del corazón. Termino manifestando cuán sorprendente es que semejantes lesiones no produjeran algún ruído anormal, y confieso mi impotencia para dar una explicación plausible.

A propósito de mi enferma, he preguntado al Dr. Marey cómo pueden explicarse estos hechos. Si no hay ruído anormal, me ha dicho, es porque la tensión es desigual en los dos ventrículos, y por lo tanto, la sangre no es impulsada con fuerza de un ventrículo á otro á través del orificio de comunicación y el soplo que se produce á nivel de este orificio falta. En efecto, examinando el protocolo de las autopsias, he visto que se había descubierto en los dos casos indicados un grosor ventricular igual en los dos corazones de 5 ó 6 milímetros. Al contrario, en un caso de enfermedad de Roger con soplo fuerte mesocardíaco, el ventrículo izquierdo tenía 14 milímetros y el derecho 5.

El Dr. Guinon: Admitiendo que en el caso del Dr. Variot la sangre no pase de un ventrículo al otro, ¿cómo explicar la cianosis? Parece probado, en efecto, que ésta es debida á la mezcla de sangre negra y roja.

El Dr. Variot: Creo que el factor principal de la cianosis es la estrechez de la arteria pulmonar y no la mezcla de las dos sangres. En la enfermedad de Roger, en la que la mezcla de las dos sangres es íntima, como lo prueba el soplo mesocárdico fuerte, no hay, sin embargo, cianosis porque no hay estrechez de la arteria pulmonar.

El Dr. Marfan: En 1898, en una Lección clínica publicada en el *Bulletin Medical*, señalé el papel de la desigualdad de las presiones intraventriculares en la patogenia de las cianosis. Para que se produzca la cianosis, no basta que se mezclen las dos sangres; es preciso que pase la sangre negra del ventrículo derecho al izquierdo; esto es imposible, excepto cuando la

presión es mayor en el ventrículo derecho que en el izquierdo, condición realizada por la existencia de una estrechez de la arteria pulmonar ó de un obstáculo cualquiera al curso de la sangre en la circulación menor. Si, por el contrario, este obstáculo no existe, la presión, que en estado normal es mayor á la izquierda que á la derecha, hace pasar la sangre roja al ventrículo derecho, pero el paso de la sangre negra en sentido inverso es imposible, y no hay, por lo tanto, cianosis. En resumen, para producir la cianosis son necesarias dos condiciones : 1.ª, una comunicación entre dos ventrículos ; 2.ª, un obstáculo al curso de la sangre que aumente la presión en el ventrículo derecho y la haga superior á la del izquierdo.

La simple comunicación entre los dos ventrículos no basta para producir la cianosis mientras que la presión en el derecho no está aumentada ; los ejemplos de cianosis tardía referidos por Bard y Courtillier son prueba de ello. Se trataba de individuos que tenían comunicación interauricular y que no presentaron el menor síntoma durante la mayor parte de su existencia ; después, cuando se hicieron tuberculosos ó enfisematosos y aumentó la presión en las cavidades cardíacas derechas, lo que hizo pasar sangre á cada sístole á las cavidades izquierdas, sobrevino la cianosis.

La falta de soplo no significa que no pase sangre á través de la perforación interventricular. He observado con Labric una joven que no podía hacer el esfuerzo más ligero sin ponerse casi negra ; hasta los diecisiete años no se oyó el menor soplo en la arteria pulmonar ni en la región mesocardíaca ; á los diecisiete años aparecía el soplo en la arteria pulmonar.

Por lo demás, la explicación dada por Marey puede aplicarse á la falta de soplo mesocardíaco, pero no explica la falta de soplo en la arteria pulmonar.

El Dr. Variot : Según Marey, la estrechez de la arteria pulmonar no produce soplo si la arteria no está estrechada por igual en cierta extensión y si la parte estrechada queda lisa ; es lo que acontece á menudo en el caso de vicios congénitos de conformación.

Dextrocardia adquirida. Dedos hipocráticos. — El Dr. *Moizard* presentó un niño que había tenido una serie de vómicas que se remontaban indudablemente á una pleuresía purulenta de los primeros años de la vida. Desde entonces el niño tuvo vómicas á intervalos irregulares, una vez cada año ó cada dos años ; aunque el desarrollo es deficiente, el estado general casi normal. No hay deformación torácica, pero en el vértice derecho se observa macicez y estertores húmedos ; el corazón late del lado derecho del esternón ; radiografías sucesivas han demostrado el aumento, de año en año, de la dislocación del mediastino hacia la derecha ; en la actualidad, la punta del corazón no se descubre al lado izquierdo del esternón. Todo el lado del tórax es obscuro en la prueba radiográfica. Punciones múltiples no han permitido descubrir un absceso, de modo que la operación se ha juzgado imposible. Los dedos de las manos de este niño tienen la forma de palillos de tambor ; las extremidades de los dedos, tanto de las manos como de los piés, son gruesas. La radiografía demuestra que la hipertrofia no interesa en modo alguno los huesos, sino sólo los tejidos blandos ; no es posible designar estos casos con el nombre de osteopatía neumónica.

El Dr. Marfan : Es clásico que los dedos hipocráticos se observan sólo en algunas afecciones : la tuberculosis, las supuraciones intratorácicas y los

vicios de conformación cardíacos. Hace varios años observé un caso de dedos hipocráticos consecutivos á una pielonefritis supurada. Como la marcha ulterior de este caso probó que no hacía más que confirmar la regla, debo rectificar lo que dije entonces. Se trataba de un niño que tuvo, después de una fiebre tifoidea, cistitis purulenta con riñón grueso doloroso, que hizo sospechar una pielonefritis, y dedos hipocráticos. El Dr. Marchand operó á este niño y encontró un riñón muy voluminoso, pero sin nefritis supurada y con tubérculos; el enfermo murió al fin á consecuencia de tuberculosis pulmonar; era, por lo tanto, un tuberculoso, lo que confirma la regla.

Algunas causas de muerte en la difteria. — El Dr. H. Barbier: He demostrado ya, como causa de muerte en la difteria, la importancia de la septicemia de estreptococos ó de otro género, contemporánea ó posterior á la difteria, y además, la de la infección visceral por el bacilo de Lœffler. El examen necroscópico de los enfermos muertos de difteria, permite descubrir también lesiones tangibles capaces de ocasionar la muerte, y cuya relación patógena con una ó con otra de las infecciones precedentes podrá ser probada algún día.

En la primera categoría de estas lesiones se encuentra la *trombosis cardíaca*. En 45 autopsias la he observado 23 veces, ó sea en más del 50 por 100 de los casos. Estas trombosis ocupan casi siempre las cavidades derechas (91 por 100) y de preferencia la aurícula (78 por 100). Los coágulos son fibrinosos, estratificados, adherentes. ¿Dependen estas trombosis de tal ó cual infección ó intoxicación? La respuesta categórica sería, sin duda, prematura. En 19 casos el examen bacteriológico dió los resultados siguientes:

Ningún bacilo	1
Bacilo diftérico solo	3
Estreptococo y bacilo diftérico	3
Estreptococo	5
Diversos	4
Estafilococos	3

La trombosis se produce en la convalecencia en enfermos que la fórmula clásica representa como curados, porque no se observan falsas membranas, en los que han tenido una difteria grave asociada ó no. Puede ser también causa de muerte tardía en enfermos que, curados en apariencia, han abandonado las Clínicas de aislamiento.

Clínicamente, se manifiesta por la muerte repentina, antes de la cual se observan signos precursores: palidez de la cara y del cuerpo, enfriamiento de las extremidades, cianosis ligera de los labios y de las uñas. El pulso es pequeño, desigual, irregular, acelerado. Estos fenómenos van acompañados de angustia grandísima con agitación, sin delirio ni convulsiones, que se presenta poco antes de la muerte. Otros enfermos permanecen inmóviles en el lecho y mueren al ejecutar un movimiento.

El segundo punto que debe dilucidarse se refiere á las *relaciones de la tuberculosis y de la difteria*.

Citaremos, ante todo, la proporción enorme de tuberculosis más ó menos latente en los enfermos que mueren de difteria. De 45 autopsias, 18 son tuberculosos, ó sea el 40 por 100. El 20 por 100 de estos individuos tienen focos

de tuberculosis reciente que se ha desarrollado á la vez que la difteria, y si se les compara con los enfermos de tuberculosis latente, se ve que el 53 por 100 de estos últimos, al contraerla, presentan brotes tuberculosos, lo que hace suponer que la *difteria agrava la tuberculosis.*

La *tuberculosis* á su vez *agrava la difteria*, aumentando los accidentes cardíacos de la convalecencia, pero no provocando trombosis, porque de 45 muertes con 28 casos de trombosis cardíaca y 18 de tuberculosis latente, sólo se observó cuatro veces la coexistencia de la trombosis y de la tuberculosis.

Enfisema subcutáneo en la bronconeumonía.— El Dr. C. Aubertin : He observado un caso de enfisema subcutáneo consecutivo á una bronconeumonía, que sobrevino en el curso del sarampión. El enfermito curó, á pesar de la generalización del enfisema y de la intensidad de la bronconeumonía. El enfisema subcutáneo es una complicación rara de la bronconeumonía y su curación excepcional por completo, porque sólo he podido encontrar un caso en 20 observaciones publicadas. La gravedad es debida en este caso á la bronconeumonía en sí y no al enfisema, que puede desaparecer con rapidez. La patogenia es discutible ; el enfisema mediastínico que precede al subcutáneo, se produce algunas veces por perforación de la pleura que tiene adherencias (hecho rarísimo), ó más bien por desprendimiento de la pleura, por el aire que se introduce hasta el hilio y penetra así en el mediastino. Hay, por último, casos difíciles de explicar en los que el enfisema se produce sin enfisema del mediastino.

Desintubación. — El Dr. Barbier : La desintubación por el procedimiento llamado *del pulgar*, tiene algunos inconvenientes ; es un procedimiento brutal ; el operador obra á ciegas y de un modo nada científico ; es, en resumen, un procedimiento muy inferior á la desintubación metódica hecha con instrumentos apropiados. Por último, este procedimiento no es aplicable cuando se emplea el tubo en bisel, por ejemplo, los tubos de Froin ; para extraerlos, el procedimiento del autor, la sortija de estilete, que permite enganchar el tubo en el extremo del índice, no es fácil cuando se trata de niños mayores y cuando el operador tiene los dedos cortos. Para esto, he hecho fabricar un extractor de estilete, que se compone de un mango y de un vástago provisto de un estilete análogo al de la sortija de Froin. He obtenido con este extractor grandes servicios, no sólo en las desintubaciones ordinarias, sino también en ciertos casos especiales ; he podido, gracias á él, extraer un tubo pequeñísimo que en las tentativas anteriores de extracción fué rechazado más allá de la entrada de la laringe.

El Dr. Marfan : La extracción del tubo con el pulgar no es un procedimiento brutal, ó al menos, no ha sido practicado por manos brutales ; cuando se emplea según las reglas, basta una presión mínima para hacer salir el tubo. No es un procedimiento «ciego», es un método de reglas científicas. El punto esencial, que se olvida con mucha frecuencia, consiste en no ejercer la presión más que en el momento exacto de inclinar la cabeza hacia adelante ; esta presión tiene por objeto fijar la extremidad inferior del tubo más que rechazarla. En este movimiento de inclinación de la cabeza hacia adelante, se acorta el conducto laringotraqueal, y á este acortamiento se debe la salida del tubo con ayuda de una presión ligera.

Sin embargo, como dice el Dr. Barbier, el procedimiento de enucleación no puede emplearse para extraer los tubos en bisel ; éstos los extraemos con el introductor de Troire ó con un instrumento análogo. Es verdad que esta «pesca» del tubo exige cierto hábito.

Manifestaremos, para terminar, que hemos conseguido muchas veces extraer tubos *largos* por el procedimiento de la enucleación.

(*Le Bulletin Medical*).—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 6 *de Junio de* 1902.

Micrognatismo congénito. — El Dr. Hans Lorenz : El niño de ocho semanas que aquí traigo, y que es de familia sana, presenta un micrognatismo congénito á consecuencia del desarrollo deficiente de la mitad derecha de la mandíbula inferior, combinado con una gran deformidad de la oreja derecha, falta completa del conducto auditivo externo del mismo lado y otras alteraciones en el dominio del primer arco branquial y del primer surco branquial. A pesar del defecto del oído derecho el niño percibe sonidos con el mismo.

Casos como éste son raros, sobre todo en niños viables.

Pitiriasis rubra de Hebra. — El Dr. Löwenbach : En el sujeto de sesenta años que aquí presento se inició su afección cutánea hace año y medio, por las extremidades inferiores para extenderse después á casi todo el cuerpo. En la actualidad la piel del tronco y de las extremidades aparece con una coloración rojiza difusa tirando á parduzco en las partes superiores del cuerpo y á lívido en las inferiores. Además, presenta la piel cierta pastosidad blanda, de suerte que la presión del dedo no deja huella, pero sí una palidez amarillo clara que persiste por mucho tiempo. Además, en toda la porción afectada de la piel se aprecia una descamación muy fina. La rubicundez difusa, la consistencia pastosa y la descamación fina le dan á la piel un aspecto como de chagrín. En los codos y rodillas persisten mucho tiempo los pliegues que se levantan en la piel. En la cara y en la cabeza no hay hinchazón pastosa, y la rubicundez es menor, más bien amarillenta, pero también existe la descamación fina de la epidermis. En las palmas de las manos se ve una capa gruesa difusa y blanco-amarillenta de masas escamosas. Existen múltiples infartos ganglionares. No hay fiebre en la actualidad, pero al parecer ha existido al principio de la enfermedad. El enfermo se queja de intensos escalofríos y de parestesia en algunas zonas (hormigueo). La secreción sudoral falta casi por completo.

El cuadro descrito corresponde en un todo al de la pitiriasis rubra creado por Hebra y descrito de un modo clásico por Kaposi. Se distingue del eczema, psoriasis y líquen ruber porque faltan en la pitiriasis rubra, pápulas, vesículas ó pústulas en el centro ó en el borde de la rubicundez difusa. Además, se distingue también del eczema por la falta de trasudación ; del psoriasis por no existir una formación de escamas verdaderamente compactas;

del líquen ruber por no interesar la mucosa bucal; del período eczematoso ó premicósico del micosis fungoides, por la existencia de infartos ganglionares múltiples y la rubicundez difusa sin trasudación, y, por último, de la linfodermia perniciosa por el estado normal de la sangre y la falta de infarto esplénico y de las lesiones eczematosas características. Difiere de la atrofia idiopática del cutis (tipo Neumann) por la falta de una verdadera atrofia que da á la piel el aspecto tan característico de papel de cigarrillo, y por el carácter marcadamente inflamatorio del caso presente.

Relaciones entre la estructura y la función del bazo. — El Dr. *Helly* hace su conferencia acerca de este asunto.

El Dr. Exner: Sabido es que mientras los fisiólogos venían afirmando que el sistema vascular del bazo estaba abierto, los anatómicos sostenían la opinión contraria. Langer es quien ha hecho desaparecer casi por completo esta divergencia. Helly nos dice hoy que los glóbulos pueden salir sin deformación á través de los vasos del bazo. Ahora bien ¿se puede decir entonces que se trata de un sistema vascular cerrado? Por las mismas lagunas puede salir la masa de inyección formando las redes por donde suponen los fisiólogos que puede salir también la sangre por caminos que no poseen pared endotelial.

El Dr. Helly: Reconozco con el Dr. Exner que los vasos de paredes permeables pueden calificarse de vasos abiertos. Pero como en casi todos los órganos del cuerpo hay circunstancias fisiológicas ó patológicas en que se observa esa permeabilidad en grado variable, habría que calificar de abiertos la mayor parte de los vasos del cuerpo. Sin embargo, respecto al bazo sólo se trata de saber si existen vasos que comienzan ó cesan libremente en el tejido de la pulpa; hasta ahora sólo en este concepto se ha usado en la literatura la expresión de vía vascular abierta ó en su caso cerrada. Y ateniéndonos á esta nomenclatura, debemos insistir en que el sistema vascular del bazo es cerrado, puesto que no se encuentran en él por el examen anatómico esos principios ó terminaciones vasculares libres. Es muy cierto que la estructura especial de los vasos esplénicos permite pasar masas de inyección á través de sus paredes; pero las lagunas que permiten ese paso no están preformadas, sino que se forman de momento para borrarse después.

El Dr. R. Kraus: ¿Ha investigado el conferenciante si los vasos de otros órganos dejan pasar glóbulos sanguíneos heterólogos?

El Dr. Helly: Sólo he observado ese paso en los vasos del bazo.

El Dr. R. Kraus: He hecho mi pregunta porque el Dr. Biedl y yo hemos observado, en experimentos hechos hace algunos años, que bacterias introducidas en el torrente circulatorio de animales, aparecen al poco tiempo en la secreción de ciertas glándulas, v. gr., en la bilis y en la orina á los quince á treinta minutos. En cambio, en las secreciones de las glándulas submaxilar y pancreática no hemos hallado ninguna bacteria ni aun después de pasadas varias horas. Hemos deducido, por lo tanto, de nuestros experimentos que los vasos pueden ser permeables á elementos morfológicos, aun en circunstancias normales, y de lo observado en las glándulas submaxilar y pancreática, sacamos la consecuencia de que el paso de las bacterias es posible que dependa en parte de la estructura de los vasos, y en parte de la

estructura anatómica de las mismas glándulas. El hecho, observado después, de que el virus de la rabia se puede encontrar en las secreciones submaxilar y pancreática, á diferencia de lo que sucede con las bacterias, nos hace pensar en la posibilidad de que varíe la permeabilidad de los vasos de los distintos órganos, según los elementos morfológicos que circulen por ellos (glóbulos, bacterias, etc.).

El Dr. Helly: El tiempo de observación ha sido tan corto que no se ha podido apreciar la existencia de diapedesis en otros órganos (hígado, pulmón, riñón). De todos modos, parece que en estos procesos, y aun tratándose del bazo, intervienen circunstancias fisiológicas no conocidas suficientemente todavía, pues que la permeabilidad de las paredes de los vasos de dicha víscera no es igual respecto á todos los elementos de la sangre. En la estructura de la pared de los capilares venosos se observa un gran parecido en todos los mamíferos; en cambio en su modo de distribución existen grandes diferencias. La designación de capilares arteriales y venosos se apoya con gran fundamento en las diferencias histológicas que se observan en la estructura de los unos y de los otros.

El Dr. Exner: También yo creo que la diferencia entre los vasos del bazo y los de otros órganos no es más que cuantitativa; de todos modos, lo esencial de la cuestión sigue siendo el saber si la sangre sólo pasa á través de los vasos sanguíneos propiamente dichos ó circula también por la pulpa. Según las ideas expuestas por el Dr. Helly, sucedería también esto último.

(*Wiener klinische Wochenschrift*).—R. del Valle.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 12 *de Marzo de* 1902.

La costa austral de Crimea, su clima y papel en la terapéutica infantil. — El Dr. *Vasillef* dice que el estudio de las estaciones climáticas rusas, y especialmente las de Crimea, deja muchísimo que desear. Por esto él ha emprendido una investigación comparada con varios puntos de Rusia climatológicamente conocidos, como Kasalinsk, ciudad del Asia Central, ejemplo de clima continental de la misma latitud que Yalta, Orel (Aryol) y Moscou, como ejemplos del clima de la Rusia Central, y Batum, como muestra del clima de la costa oriental del Mar Negro.

Los resultados de esta comparación son los siguientes:

1.° *Temperatura media anual.*—El examen de la marcha de la temperatura durante una larga serie de años, demuestra que en Crimea, durante el invierno y la primavera, se presentan oscilaciones considerables de la temperatura media de 7, 8 y 10°, como en Moscou, y sólo durante los meses de mayo á octubre el clima de Crimea ofrece grandes ventajas sobre el clima de la Rusia Central en cuanto á oscilaciones de la temperatura. El influjo del mar se manifiesta principalmente por la atenuación del frío y la abreviación de la temporada de frío. En verano, la mayor elevación de la temperatura es casi idéntica en Crimea y en Kasalinsk, pero la duración del período caliente es más

larga. La marcha diaria de la temperatura no presenta nada particular en invierno; pero en verano, el ascenso es más gradual que en Moscou, y el descenso más brusco. La temperatura media es de 13°,3, y la amplitud media anual es de 23°, mientras que la absoluta alcanza 53°. La amplitud media diaria es de 2°,8 en invierno y de 8° en verano.

2.° *Marcha anual de la humedad relativa.*—En Crimea y otros puntos marítimos, la humedad se distingue por su poca amplitud. También es pequeña la amplitud diaria, y más en Crimea que en otras partes de Rusia. En los meses de verano, las oscilaciones en el clima continental son de 15 á 20 por 100; en Batum ó en Libavia, de 10 por 100; mas en Crimea solamente de 2 á 3 por 100. La humedad relativa no es grande en Crimea, pues, por término medio, no excede de 65 á 75 por 100, y en verano desciende á 55 ó 60 por 100.

3.° Tanto en invierno como en verano, los fenómenos «casuales», como lluvia y nieve, impiden á los enfermos el disfrute del aire libre, menos en Crimea que en Moscou, y en la orilla caucásica, donde la abundancia de los precipitados meteorológicos molesta más. En este concepto, la mejor época en Crimea es el período de principio de mayo hasta fines de octubre; el número de los días cubiertos oscila entre 3 y 11 por 100.

4.° *Vientos.* — Son muy diversos, según la dirección de la costa y la disposición de las pendientes de las montañas. Por esto, en la elección de la residencia para enfermos ó de un punto para sanatorio, hay que tener en cuenta la situación topográfica de la localidad. Especialmente, importante es pensar en ampararse contra el viento de Noroeste, por ser ésta la dirección en que sopla más á menudo y con más vehemencia.

5.° *Presión barométrica.* — Es mayor en Crimea que en Moscou, y se distingue por su gran constancia. En cuanto á las condiciones generales de la Crimea, es un inconveniente la falta de higiene en las aldeas tátaras, y con respecto á Yalta, en especial, se nota como defecto la impurificacion de la atmósfera por la resorcina ó petróleo de los motores, la falta de playa, hallándose la orilla del mar convertida en carretera y la inmundicia del mar mismo. En cambio, la vida es barata y distraída. En cuanto á los niños, hay leche en abundancia y químicamente satisfactoria; pero la experiencia ha enseñado que los niños pequeños la digieren mal, lo cual se atribuye á la clase de alimentación del ganado lactífero y al poco cuidado que se tiene con los animales. Por esto, la residencia en Crimea no conviene á los infantes ni á los niños propensos á diarrea, y el raquitismo constituye una contraindicación. Como indicaciones, pueden considerarse la *tuberculosis* en todas sus manifestaciones, el *exudado crónico*, las enfermedades constitucionales y especialmente la escrófula, la clorosis y la diátesis úrica. Pero no debe nunca olvidar el médico de recomendar á las madres que procuren aclimatar poco á poco á sus hijos á las nuevas condiciones de vida en Crimea.

Epidemias caseras de sarampión en el Hospital de Niños de Sofía durante el cuadriesio de 1898 á 1902.—El Dr. *Popof* refiere que en los últimos cuatro años reunieron en el Hospital de Sofía 192 casos de sarampión, 120 de niños y 72 de niñas. El Hospital fué abierto el 14 de noviembre de 1897, y ya en diciembre empezó la primera epidemia de sarampión, que duró hasta junio de 1898; la segunda ocupó los meses de enero y febrero de 1899; después de un intervalo de nueve meses, empezó en diciembre de 1899 un tercer estallido de la

epidemia, que duró tres meses, y aparece de nuevo en mayo y julio. En octubre de 1900 aparece una cuarta erupción, culminando en enero de 1901, y sosteniéndose hasta marzo, y por último, una quinta epidemia dura desde julio hasta noviembre, alcanzando su máximo en octubre. Una periodicidad no resulta como se ve. Se trata simplemente de recrudescencias de una enfermedad constante en la ciudad. En un número total de enfermos de 2634 durante los cuatro años, hubo 192 de sarampión, es decir, 7'2 por 100. En cuanto á la edad, 4 tenían menos de un año, 125 de uno á cinco años, 55 de seis á diez y 8 de diez á doce años; 30 de los enfermos habían ya tenido antes el sarampión, de modo que la repetición de esta enfermedad no constituye una rareza. Murieron 32 (20 varones y 12 hembras), ó sea 16'6 por 100, lo cual no es una mortalidad elevada, ya que en el Hospital de Isabel es de 27'4 por 100 por un período mucho más largo, y también en el Hospital del Príncipe de Oldenburgo es de 16 á 20 por 100. Entre las medidas practicadas en el Hospital, las más eficaces resultaron del pronto aislamiento de los enfermos, y la esmerada observación de los febricitantes y la ventilación con desinfección de las salas; entre las medidas preservativas, la admisión de los niños que acababan de pasar el sarampión, mientras no cesaban las invasiones. Siendo el número de éstas considerable, se aplica hasta una cuarentena de doce días, suspendiéndose la admisión mientras tanto. Como medida conveniente, puede señalarse el más perfecto aislamiento de los enfermos que se hallan ya en el Dispensario de los que vienen para la consulta por sarampión, y el revestir de blusa á los que vienen á visitar á enfermos, ya que su traje no suele ser intachable. Para la colocación de los sarampionosos, es indispensable un local separado, aun cuando por el reglamento no se admitan enfermos contagiosos.

(*Dyétskaya Meditsina*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Síntoma de Musset.—En la biografía que P. de Musset hace de su hermano Alfredo de Musset, refiere que un día observó que este último presentaba á cada latido del pulso una ligera conmoción de la cabeza; este síntoma lo era de la enfermedad (insuficiencia aórtica), de que murió quince años más tarde.

Hasta ahora se han publicado 14 casos en que se observó este síntoma: en uno se trataba de una pleuresía; en 8, de un aneurisma del cayado de la aorta, y en 5, de una insuficiencia aórtica.

Según el Dr. Carlos Valentino, dejando á un lado el caso de pleuresía, cuya interpretación es dudosa, parece que el síntoma de Musset es patognomónico de la insuficiencia aórtica y del aneurisma del cayado. Hasta ahora no se ha averiguado si las conmociones de la cabeza coinciden con el sístole ó con el diástole. Si se admite que el síntoma de Musset es debido al reflujo de la sangre y coincide con él, será diastólico. Quizá habrá que

establecer diferencia entre los casos en quellas conmociones se verifican de delante á atrás, y aquéllas en que se realizan en dirección contraria.

Para explicar el síntoma se han ideado muchas hipótesis. El autor lo ha observado en dos casos: en ambos se trataba de una insuficiencia aórtica, siendo de notar que en uno de ellos la cabeza oscilaba de delante á atrás, y en el otro de izquierda á derecha.—(*Rev. de Médecine*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la bronquitis crónica.—La bronquitis crónica, dice el doctor A. Robin, suele coincidir con enfisema pulmonar. Lo primero que debe hacerse contra la bronquitis es administrar un vomitivo. Aconseja emplear la fórmula siguiente:

Ipecacuana en polvo	15 decígramos.
Tártaro emético	5 centígramos.

Divídase en tres papeles, para tomar uno de cuarto en cuarto de hora en medio vaso de agua tibia.

El alivio es inmediato; la respiración se hace más fácil y la expectoración menos abundante. Si es necesario, se repite el vomitivo á los pocos días. Para ello debe guiarse por la temperatura, que se hace normal después de la evacuación de los bronquios.

Es necesario llenar en este período dos indicaciones, según que el enfermo tosa poco ó la tos sea molesta y frecuente.

La tos moderada es conveniente, porque facilita la expectoración. Para hacer más flúidas las secreciones bronquiales, emplea la poción siguiente:

Oxido blanco de antimonio	1 gramo.
Jarabe de ipecacuana	10 á 20 gramos.
Alcoholaturo de raíz de acónito	XV gotas.
Jarabe de diacodion	20 gramos.
Tintura de nuez vómica	X gotas.
Agua de laurel cerezo	10 gramos.
Agua de tilo	120 —

Para tomar en las veinticuatro horas.

Todos estos medicamentos tienen acciones diversas, que se combinan sin perjudicarse. El óxido blanco de antimonio y la ipecacuana hacen más flúidas las secreciones bronquiales y facilitan la expectoración; el acónito y el jarabe de diacodion obran como desecantes; la nuez vómica excita las contracciones de los músculos bronquiales; el agua de laurel cerezo enmascara el sabor de la poción y el agua de tilo sirve de vehículo.

Es útil también la dionina.

Dionina	20 centígramos.
Agua de laurel cerezo	10 gramos.

De 10 á 20 gotas dos á cuatro veces por día

La dionina puede asociarse con la terpina.

Dionina	1 centígramo.
Terpina	20 —

Para un sello. De cuatro á seis al día.

Si la expectoración es abundantísima, es útil la creosota en enemas.

Cocimiento de leños del Panamá al 2 por 100.....	90 gramos.
Creosota de haya....	10 —

Se pone un enema con una cucharadita de esta preparación diluída en 100 gramos de agua tibia.

Si la tos es seca, fuerte y molesta, el enfermo tomará una cucharada de la poción siguiente al levantarse y otra cuando se acueste:

Bromoformo.....	XXX á XL gotas.
Tintura de brionia.....	aa XXX —
— de grindelia robusta.....	
— de nuez vómica.....	
— de beleño....	
Alcohol.....	25 gramos.
Jarabe de diacodion.....	75 —
— de corteza de naranjas amargas.....	100 —

Contra el enfisema, se empleará la revulsión con la tintura de yodo, los vejigatorios, la cauterización punteada y las ventosas. Es útil el arseniato de sosa:

Arseniato de sosa.....	5 centígramos
Agua destilada.....	300 gramos.

Una cucharada antes del desayuno y otra antes de la comida.

Durante cuatro días, el enfermo tomará el yoduro potásico alternando con la disolución de arseniato sódico:

Yoduro potásico..	5 gramos.
Agua destilada.....	300 —

Dos cucharadas al día.

El Dr. Robin aconseja tomar, á la vez que el yoduro ó el arsénico, la estricnina á la dosis de 2 milígramos por día. Emplea una de las dos fórmulas siguientes:

Sulfato de estricnina.....	2 centígramos.
Agua destilada.....	300 gramos.

Dos cucharadas diarias. Cada cucharada contiene un milígramo de estricnina.

Tintura de habas de San Ignacio.....	6 gramos.
— de cardo bendito.....	3 —
— de ipecacuana..	1 —
— de bardana.....	2 —

De cinco á ocho gotas al fin de la comida y de la cena.

Como complemento se usarán las aguas minerales.

(*Bull. gen. de therapeutique*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CUERPOS EXTRAÑOS EN LA URETRA DE UNA MUJER HISTÉRICA

POR

D. MANUEL MÁS GILABERT

Doctor en Medicina (Cartagena).

C. G., de veintiocho años, soltera y de temperamento nervioso. Desde la edad de catorce años empezó á padecer de un histerismo polisintomático, en el que se han manifestado perturbaciones motoras, sensoriales, sensitivas, vasomotoras, secretorias, tróficas y psíquicas, de tal relieve, que han hecho de la enferma un verdadero caso de estudio en las distintas clínicas por que ha desfilado en busca de curación, y entre las que se encuentran las del Hospital de San Carlos, Princesa, Instituto Rubio y distintas particulares.

Prescindiendo de la reseña clínica de estas diversas manifestaciones morbosas que han aquejado á la enferma por apartarse de mi objeto, sólo diré, que los llamados estigmas histéricos por los autores franceses y los ataques convulsivos hasta en número de catorce diarios, seguidos de fases de catalepsia, de duración variable, se han presentado en la enferma en cuestión.

En el transcurso de este período, en el que predominaba en el síndrome los ataques convulsivos, y coincidiendo casi con la desaparición de ellos, hace cinco años y medio perdió la enferma la facultad de micción de la orina que, como sabemos, es un acto voluntario reflejo, es decir, que la orden para la micción es voluntaria, pero su mecanismo es reflejo; la enferma no sentía la necesidad de orinar, había anestesiado la mucosa cervico-uretral; ni por intención de la enferma podía hacerlo, ni aun poniendo á contribución los agentes impulsivos que coadyuvan á este acto, representados por la prensa

abdominal, ni había la contracción simultánea enérgica suficiente de las fibras de la vejiga para el vencimiento del esfínter vesical que debía estar contracturado, es decir, que había parálisis de la vejiga seguramente histérica, pues no había lesión nerviosa central á qué atribuirla ni se había presentado en el transcurso de tanto tiempo la cistitis paralítica, que es precisamente característica de estas parálisis centrales.

Se trataba, pues, como he dicho anteriormente, de una parálisis de la vejiga en una enferma afectada de una psicosis histérica.

Dicha parálisis había sido rebelde á todo tratamiento puesto en práctica en las distintas clínicas visitadas por la enferma y consistentes en sugestión hipnótica, electricidad, revulsión, etc.

Por consecuencia de esto, la enferma que había necesitado del cateterismo desde el comienzo de su estado vesical, cuyas maniobras realizaba sola y á su antojo, sufrió varios accidentes por contratiempo de esta operación, consistente en rotura de una sonda de Nélaton por dos veces en la vejiga; la primera hace veintidos meses que le fué extraída en el Hospital de San Carlos, por mi querido maestro el eminente cirujano Dr. Ribera, á los pocos días por vía natural, continuando después la enferma con su parálisis vesical sin modificación alguna; el segundo accidente le ocurrió hace trece meses, en que volvió á quedarse en la vejiga otro trozo de sonda, cuya extracción fué intentada sin resultado por algunos comprofesores.

La permanencia del trozo de sonda en la vejiga produjo la cistitis correspondiente, é indudablemente empezó el cuerpo extraño á cubrirse de concreciones fosfáticas y calcáreas, hasta llegar á constituir el voluminoso cálculo que ahora hemos extraído.

La enferma fué sufriendo dolores cada vez más intensos que localizaban la parte izquierda de la vejiga y que la obligaban á tomar grandes dosis de morfina; la orina amoniacal, sanguinolenta, con gran sedimento de moco y pus.

El estado general de la enferma cada vez más decaído, sin fenómenos perceptibles de intoxicación urémica.

Vista por mí la enferma, á quien ya conocía de la Facultad de Medicina de Madrid, en cuya Clínica quirúrgica estuvo como dije siendo yo interno de ella, aconsejé la intervención pronta á la familia para huir de los peligros de las infecciones ascendentes pielonefríticas, á que estaba expuesta la enferma, y asegurándoles que de no operarla sufriría una muerte cierta y no lejana.

Por la exploración vesical con la sonda metálica, no quedaba duda de la presencia del cálculo, á más, con las precauciones debidas, hice la exploración digital de la vejiga, encontrándome con que el cuerpo extraño estaba alojado en la depresión izquierda de la vejiga, es decir, á la izquierda de la eminencia que el cuello de la matriz forma casi siempre en la superficie interna de la vejiga, que era voluminoso, no suelto completamente al parecer y que el extremo inicial del trozo de sonda estaba sin recubrir por percibirse bien el contorno de su conducto.

A pesar de tratarse de una uretra muy dilatable, creí no sería posible extraer la masa formada por la sonda y el cálculo periférico á ella por su excesivo volumen.

Reflexionando sobre el procedimiento preferible á su extracción, ó entre talla hipogástrica, talla vaginal y litolapaxia, me decidí por el último, por creerlo más justificado, contando yo de una parte con la blandura del cálculo, de otra con los menores peligros de esta intervención comparada con la realizada por vía abdominal y con la poca facilidad de técnica de la talla vaginal, por tratarse de una mujer que conservaba el himen, y cuya vagina ofrecía, aun seccionando éste, poco campo operatorio, y no ciertamente por los temores de la fístula vesicovaginal ulterior, que ofrece en estos casos poca resistencia á su curación, y cuyo procedimiento operatorio en otra mujer multípara de vagina ancha hubiese sido el de elección.

No poniendo á contribución las dos restantes vías de penetración en la vejiga femenina, talla vestibular y uretral, por las razones de todos conocidas (incontinencia de orina, etc.).

El esfínter del cuello de la vejiga femenina difiere, como sabemos, del del hombre, por ser menos resistente y mucho más dilatable, resultado en gran parte debido á la falta de próstata.

Esta litotricia es, pues, operación mucho más fácil en la mujer que en el hombre, si bien tiene sus inconvenientes, representados principalmente por derramarse la orina alrededor del litoclasto, por la poca longitud del conducto uretral, y vernos obligados á operar en seco, resultando lesiones de la mucosa.

Realizada, pues, la intervención por el procedimiento indicado, extrajimos los fragmentos del cálculo, que resultó ser, como presumíamos, fosfaticocalcáreo y del volumen total como de un huevo de gallina, y un trozo de sonda de Nélaton, de goma, rojo, del núm. 22, y de una longitud de 9 centímetros.

Ahora bien; ¿qué fin perseguíamos nosotros con esta interven

ción? Fué solamente el que hasta momentos después de la operación creíamos haber obtenido la extracción del cuerpo extraño y cálculo de la vejiga; mas grande fué nuestra sorpresa cuando supimos que á las tres horas de operada la enferma había sentido necesidad de orinar (después de cinco años y medio de su ausencia), y había orinado como si nada hubiese padecido nunca, y así continúa con una micción perfecta, después de diecisiete dias que lleva ya operada, es decir, que se le ha curado la parálisis de la vejiga; y este es el punto que me obliga á publicar estas mal redactadas líneas, por considerar esto como una novedad clínica, de lo que no tengo ningún precedente, es más, diré de lo que no había nunca leído en obras ni de urología ni de sistema nervioso, ni siquiera en Revistas, ni oído á ningún compañero ó maestro.

¿Cómo explicar esto? La naturaleza indudablemente histérica de la parálisis ya indicada por mí, desde que ví por primera vez á la enferma, puede auxiliarnos en estos esfuerzos de inteligencia; sabemos que casi siempre, ó siempre mejor dicho, la parálisis de la vejiga histérica es por contractura del esfínter del cuello; ¿será la dilatación forzada de él unida á la excitación que sobre las fibras de la vejiga despertara la acción traumática de los instrumentos por algunos pellizcamientos de la pared vesical, unida al masaje, combinado por palpación abdominal, tacto vaginal y tacto intravesical, que para auxiliarnos en la extracción de los fragmentos del cálculo empleamos?

Creemos que esta es la razón de curación de la parálisis, de donde concluiremos proponiendo para el tratamiento de la parálisis de la vejiga.

En la mujer: 1.° Dilatación forzada, amplia y prolongada del esfínter del cuello vesical. 2.° Pellizcamientos moderados de la pared vesical. 3.° Masaje por el tacto intravesical combinado con el tacto vaginal y palpación hipogástrica.

Nota del Dr. Ribera.—Voy á completar alguno de los hechos referidos por el Dr. Mas Gilabert, hechos que no huelgan porque resulta muy curiosa la historia de esta enferma que se hallaba en la Clínica Médica con fenómenos dependientes todos del histerismo, cuando el día 5 de junio de 1901, al sondarse, como tenía por costumbre, se le rompió la sonda de cautchuc. Trasladada inmediatamente á la sala de operaciones, se la anestesió (cloroformo) é hice la dilatación forzada de la uretra izquierda, el procedimiento que aprendí hace ya tantos años de mi maestro el Dr. Creus, ó sea dilatación con una pinza de Péan é introducción del dedo índice para completar la dilatación

y reconocer. La extracción del trozo de sonda fué fácil y la incontinencia pasajera.

El 12 de noviembre de 1901, ó sea á los cinco meses del primer accidente, vuelve á presentarse en la Clínica, refiriendo que, sondándose, se le había roto la sonda, etc. Había en este caso fenómenos intensos de cistitis, pues el accidente debiera datar ya de algunos días, y esto hacía suponer que el trozo de sonda debía estar cubierto de sales. Cloroformización, dilatación de la uretra, reconocimiento y extracción de dos pedazos de sonda, cubiertos ya por completo de sales fosfáticas y constituyendo, por lo tanto, dos verdaderos cálculos. Uno de los trozos medía cinco centímetros, y el otro tres y medio. Este último había adquirido un aspecto fusiforme, en tanto que el mayor conservaba la forma cilíndrica propia de la sonda. El reconocimiento más completo permite asegurar que no quedó en la vejiga ningún cuerpo extraño, por manera que el nuevo cálculo extraído por el Dr. Gilabert, se ha formado después de dicha fecha é indudablemente por haberse roto otra nueva sonda en las *maniobras* que dicha histérica hacía para vaciar su vejiga.—J. R. y S.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital Provincial de Madrid.

Sumario: I. El aceite hiperyodado en terapéutica ocular. — II. Sobre la extirpación del saco lagrimal. — III. Catarata zonular congénita doble operada por discisión. — IV. La asepsia de los colirios. — V. Extirpación del ganglio ciliar.

I. El Dr. Bellencontre ha presentado á la Sociedad francesa de Oftalmología (Congreso de 1902) una comunicación sobre el aceite hiperyodado en terapéutica ocular (yodipin, lipiodol).

El yodipin y el lipiodol son combinaciones estables en que el yodo está combinado con los ácidos grasos de los aceites en proporciones desconocidas hasta hoy, 10 y 25 por 100 para el yodipin, 40 por 100 para el lipiodol.

La superioridad de estos productos consiste en que pueden ser administrados á dosis masivas en inyecciones hipodérmicas *sin dolor, sin peligro y sin yodismo*. Dichos medicamentos obran como el yodo y los yoduros. Su eliminación es lenta, dura muchas semanas y aun muchos meses.

El tubo digestivo tolera bien el aceite hiperyodado; puede dársele puro ó en emulsión, según la siguiente fórmula:

Lipiodol á 40 por 100	20 centímetros cúbicos.
Goma tragacanto.....	1 gramo.
— arábiga.....	15 —
Azúcar pulverizada.....	40 —
Agua cantidad suficiente para...	810 centímetros cúbicos.

Cada cucharada de sopa contiene un centímetro cúbico de lipiodol.

Las inyecciones hipodérmicas se hacen en los músculos ó en el tejido celular. La cantidad que debe inyectarse varía según la edad y los casos. De un año á cinco, la dosis es de 1 gramo por día; de cinco á diez años, 2 gramos; en el adulto, de 5 á 10 gramos por día.

Como tratamiento general, el yodipin y el lipiodol pueden ser empleados en la sífilis terciaria, la sífilis hereditaria, la escrófula, el linfatismo, el artritismo, la *queratitis intersticial*, la *queratitis escrofulosa*, las *blefaritis* y otras manifestaciones: el impétigo y las adenopatías. En el adulto, las *iritis* graves y tardías correspondientes al período terciario de la sífilis, las iritis dudosas con descemetitis, condilomas, exudados, las hialoiditis, los trastornos del vítreo, son felizmente influenciados por las inyecciones hipodérmicas y subconjuntivales.

Las *instilaciones* y las *inyecciones subconjuntivales* se hacen con la preparación al 10 por 100. (*Archives d'Ophtalmologie*, junio 1902, pág. 411).

II. Valude ha presentado á la misma Sociedad francesa de Oftalmología otra comunicación sobre la extirpación del saco lagrimal.

Este método comprende indicaciones más extensas que las que se admiten generalmente. Dicha operación está justificada siempre que existe dacriocistitis crónica con dilatación del saco. En estos casos, los métodos conservadores no son eficaces sino á condición de continuar el tratamiento con regularidad y tenacidad durante un tiempo generalmente muy largo. El tratamiento operatorio pronto y radical es el procedimiento que evidentemente debe escogerse.

La operación ofrece ciertos escollos y algunas dificultades, que pueden fácilmente evitarse como el autor indica.

Se tendrá cuidado, para hacer fácil la disección del saco, de practicar una larga incisión cutánea que comenzando arriba *por encima del ligamento palpebral interno*, se termina por abajo á 8 ó 10 milímetros hacia afuera de una curva que sigue el reborde orbitario.

La incisión se hará profunda, hasta el hueso, teniendo hacia afue-

ra el saco; se utilizará un bisturí fuerte de resecciones. En este momento sobreviene una abundante hemorragia, que se detiene por la compresión ó por la torsión de las arterias.

La disección del saco se hará empezando por dentro y separándole de la foseta lagrimal del unguis por medio de una pequeña gubia curva. Una vez disecado el saco hacia adentro, se disecará hacia afuera y hacia arriba por medio de tijeras y de la sonda acanalada. La separación de los labios de la herida se practicará por medio de erinas de garfios largos.

La disección y el conocimiento de la posición del saco se facilitan mucho por la inyección en su interior de una materia solidificable: la esperma de ballena esterilizada es la que reune mejores condiciones.

Terminada la extirpación, se coloca un pequeño lapicero de yodoformo en el conducto nasal, que aparece abierto en el fondo de la herida, para asegurar la antisepsia ulterior de ésta. En fin, después de la sutura de la piel, se aplicará la cura seca con una fuerte compresión á nivel del saco: esta compresión se sostendrá durante seis ú ocho días.

Con estas precauciones, la extirpación del saco lagrimal constituye una operación segura, sencilla y que da muy buenos resultados.

Rollet es también partidario de la extirpación del saco, y la practica desde hace seis años, pero se contenta con una incisión vertical que partiendo del centro del tendón directo del orbicular, desciende oblícuamente hacia abajo y hacia afuera. La extirpación debe ser siempre completa y rápida para evitar la infección propagada de las partes vecinas. Según Rollet, el desagüe y las suturas son malos, porque éstas favorecen la retención. Después de la operación, el lagrimeo cesa ó al menos se modifica. Según el autor ha demostrado en un perro, la glándula lagrimal se atrofia después de la extirpación del saco.

III. El Dr. José de J. González, de León (Méjico), ha publicado en los *Anales de Oftalmología*, mayo de 1902, un caso de catarata zonular doble que operó por discisión.

Se trataba de un joven de quince años, natural de Jolisco, sin otros antecedentes que el de ser hijo de padres que eran primos hermanos y el de haber nacido antes de término, á los siete meses.

Según el autor, la consanguinidad de los padres debe influir en la génesis de las enfermedades originadas por defecto de desarrollo, entre las cuales coloca la catarata zonular.

El niño estaba bien constituído, y desde su nacimiento bien conformado, careciendo de las alteraciones dentarias señaladas en la mayoría de los casos, y que hablan en favor del origen evolutivo de la catarata, puesto que los dientes y el cristalino son productos ectodérmicos. Por eso el autor no cree que el raquitismo ni las convulsiones tengan tanta importancia, como creen Arlt y Horner, en la patogenesis de la catarata zonular.

Desde los primeros años de la vida notaron los padres del niño que éste presentaba un continuo movimiento oscilatorio y horizontal de los dos ojos, lo que hacía pensar que las opacidades cristalinianas eran congénitas, puesto que el nistagmus no era debido á ninguna enfermedad nerviosa.

Por el examen comprobó el autor que, aparte del nistagmus, todos los movimientos oculares se encontraban intactos. Los reflejos pupilares á la luz, á la acomodación y á la convergencia, son normales. Córnea é íris sanos. A la simple vista y sin dilatación, se nota una tenue opacidad en el campo pupilar.

Dilatando la pupila, se aprecia á la iluminación oblícua una opacidad cristaliniana de forma circular, de color blanco grisáceo, de unos 5 milímetros de diámetro: entre el borde pupilar del íris y la opacidad se encuentra un espacio circular negro.

Para localizar la opacidad y demostrar que está formada por dos láminas cóncavas unidas por sus bordes, dejandro entre sí un núcleo transparente, comprobó por la iluminación oblícua por medio del desplazamiento paraláctico, que la opacidad estaba detrás del plano pupilar y por delante del centro cristaliniano.

Por el examen oftalmoscópico se ve obscura la opacidad, pero no de un tono igual, pues mientras la periferia es enteramente negra, el centro es ligeramente rosa, lo que indica que á su través pasan los rayos venidos del fondo del ojo. La periferia de la opacidad es bien limitada; no presenta dentellones, ni sobre la opacidad se encuentran estrías, de suerte que no es una catarata progresiva, sino que ha terminado su evolución: es catarata estacionaria.

La visión estaba muy reducida, y sólo servía al joven para guiarse. Las dos cataratas eran perfectamente simétricas. Los midriásicos no mejoraban la visión.

La indocilidad del enfermo hizo que el autor practicase la discisión mejor que la extracción del cristalino.

Practicó en el ojo derecho una ligera discisión de la cápsula, previa la anestesia y la midriasis. La herida de la cristaloides fué pe-

queña para impedir la hinchazón tumultuosa de las masas cristalinianas. A los dos días apareció ligera opacidad. Con varias sesiones de discisión, se logró la desaparición completa, la absorción de las masas perizonulares. Al practicar la cuarta discisión, la aguja dejó libre la parte opacificada, la cual, atravesando la pupila cayó en la cámara anterior; su forma era lenticular, de color blanco lechoso, de consistencia dura. Esta catarata disminuyó al día siguiente y á los cinco días se absorbió por completo, quedando la pupila ocupada por masas opacificadas, adheridas á la cristaloides posterior. Practicó una nueva discisión y la pupila quedó negra.

En el ojo izquierdo practicó también la discisión.

Los resultados fueron muy favorables para ambos ojos, pues la pupila quedó circular, contráctil y negra. La visión llegó á 9 décimas con + 16 dioptrías para cerca y + 13 para lejos. La circunstancia de necesitar + 13 dioptrías para la visión de lejos cuando el cristalino tiene un poder refringente de + 11 dioptrías, lo explica el autor por ser los ojos de su enfermo hipermétropes, en vez de miopes que suelen ser casi siempre los que padecen catarata zonular.

Después de la operación desapareció el nistagmus, el cual era sin duda provocado por la necesidad en que estaba el ojo de colocar la *mácula lutea* en la dirección de los rayos que atravesaban la parte transparente del cristalino para obtener mejor imagen del objeto, acentuándose el temblor oscilatorio en la visión de cerca por fatiga, sin duda de los músculos.

IV. El Dr. Barraquer, de Barcelona, publica en los *Archivos de oftalmología Hispano-americanos*, abril 1902, el método que prefiere para la esterilización de los colirios.

Como no podemos elevar mucho la temperatura de los colirios, á base de alcaloides, puesto que se descompondrían; de ahí que la esterilización al autoclave no sea aplicable como lo es para las vendas, las gasas, etc.

Recomienda el autor el procedimiento de Tyndall, Pasteur ó el de Chamberland; el primero se funda en la propiedad que tienen la generalidad de las bacterias de perecer cuando se someten á una temperatura de 58° á 60°, durante media á una hora, resistiendo solamente los esporos. Se calienta el líquido que se desea esterilizar, manteniéndole durante el tiempo indicado á unos 65°, con lo cual le libramos de bacterias. Se coloca después á la temperatura de 30° á 34° durante veinticuatro horas, á fin de que los esporos queden convertidos en bacterias que destruímos con una nueva elevación de

temperatura á 65°. Estas operaciones pueden repetirse varias veces.

Mejor que este procedimiento es el de Duclaux, propuesto por este autor para la esterilización de la leche.

Se usa un matraz de Pasteur de tres bocas, dos laterales y una media, en la cual se adapta un embudo que termina dentro del matraz por medio de una bujía de porcelana (filtro Chamberland), de modo que todo el líquido que echemos por el embudo de entrada queda contenido en la cavidad de la bujía, y no puede penetrar en el matraz sin atravesar la porcelana. De las dos aberturas laterales tubuladas, una sirve para hacer el vacío en el matraz y acelerar la filtración, á cuyo objeto se enlaza con una trompa de agua y la otra termina en una punta afilada é invertida, sirviendo para la salida del líquido esterilizado.

La técnica de la esterilización con este matraz es sumamente sencilla y rápida: esterilizado en el autoclave ó en una estufa seca, se echa por el embudo el colirio, el cual pasa á ocupar la cavidad de la bujía; haciendo funcionar la trompa, con sólo abrir la espita que da acceso al agua en su interior, se opera en pocos momentos la filtración, después de la cual puede repartirse el líquido esterilizado en tubitos de capacidad suficiente para cada operación. Dichos tubitos han sido previamente esterilizados por medio del fuego.

Este procedimiento, además de inspirar confianza completa bajo el punto de la asepsia, es recomendable por su rapidez y economía, puesto que un frasco Pasteur sólo cuesta 3 francos y 5 una trompa de cristal. Conviene tener dos ó tres matraces, uno para cada colirio de los usados en las operaciones, puesto que sirviéndonos de uno sólo, nos veríamos obligados después de cada filtración á calentar al rojo la bujía para destruir los restos de alcaloide, y teniendo varios, basta hacer pasar una corriente de agua por ellos, á fin de evitar la creciente concentración de los colirios que resultarían de un uso prolongado por mucho tiempo.

V. El Dr. Terrien ha presentado á la «Société de Chirurgie» de París, el 23 de abril de 1902, una nota sobre la extirpación del ganglio ciliar.

El ganglio ciliar, profundamente alojado en el embudo orbitario, es de un acceso difícil. Aplicado al lado externo del nervio óptico, está hundido en el tejido celular de la órbita, en la parte más profunda del embudo formado por los cuatro músculos rectos. Esta situación profunda hace que no se haya tratado de abordarla; la ablación de dicho ganglio podría reemplazar en ciertos casos á la

enucleación del globo ocular en el glaucoma absoluto, por ejemplo, ó en el de irritación simpática.

El autor trató primero de extirparle tomando por conductor el ramo nervioso del músculo pequeño oblícuo, que poco después de su origen le suministra su rama motriz; véase el procedimiento que imaginó:

Después de incindida la piel y el tejido subyacente hasta el hueso á nivel del reborde orbitario inferior, queda al descubierto el suelo de la órbita, siendo reclinados hacia arriba el globo y las partes blandas de la órbita. El ramo nervioso del pequeño oblícuo, que viene á unirse al músculo á 15 milímetros detrás del reborde orbitario, se carga sobre un gancho romo, después de haber hecho á este nivel con las tijeras un ojal en las partes blandas de la órbita.

Una simple varilla que presenta en su extremidad un anillo abierto hacia abajo, se coloca á caballo sobre el nervio que sirve como conductor, y es impulsado lentamente hasta el extremo del ramo motor del ganglio que le detiene. El instrumento se deja en este sitio y sirve para conducir un nuevo vástago provisto en su extremidad terminal de una pinza de dientes ocultos. Se desliza sobre el primer instrumento, y cuando ha llegado á la extremidad de él, se abren los dientes de la pinza por medio de un botón y se coge el ganglio.

Este método es ciego é infiel, por lo cual el autor ha propuesto un nuevo método para atacar más directamente al ganglio. Véase la técnica que sigue.

En un primer tiempo se practica la operación de Krönlein, según el método habitual. El colgajo osteoperióstico bien reclinado hacia afuera, se secciona el puente cutáneo que separa la comisura externa del labio externo de la incisión; la conjuntiva bulbar es incindida á este nivel, el músculo recto externo es seccionado á algunos milímetros de su inserción escleral. Una pinza de forcipresión se coloca sobre cada una de las extremidades del tendón. El músculo pequeño oblícuo que entonces se presenta, se secciona igualmente.

El globo es entonces cogido por su parte postero-externa con una pinza de Kocher, y reclinado fuertemente hacia adentro, se secciona horizontalmente de delante á atrás la cápsula de Thenon, y hundiendo la sonda acanalada en el embudo grasoso que entonces se presenta, se llega fácilmente sobre el nervio óptico que es fácilmente denudado. Todo el paquete externo de los nervios ciliares, que es el más importante, se presenta entonces claramente y en su extremi-

dad, completamente en el fondo del embudo, se ve el ganglio ciliar que es cogido con una pinza hemostática y arrancado.

Gracias á la combinación de estos dos procedimientos, la operación de Krönlein y la excisión de los nervios ciliares después de la sección del recto externo, se consigue una vía suficiente y es relativamente fácil el descubrir el ganglio ciliar.

(Archives d'Ophtalmologie, mayo, 1902).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. MANUAL PRÁCTICO DE MEDICINA INTERNA, por el Dr. Hermann Eichhorst, traducido al castellano por los Dres. Luis Góngora y José Góngora. — Barcelona.

II. DIE MEDICINISCHEN REFORMGEDANKEN DES SPANISCHEN HUMANISTEN, Luis Vives (1492-1540) von Docent. Dr. Max Neuburger. — Wien. 1902.

I

El autor de este libro, ya ventajosamente conocido del mundo médico por su *Tratado de Patología* y su *Diagnóstico médico*, obras ambas también traducidas á nuestro idioma, se ha propuesto en la presente y, cediendo según manifiesta en el prólogo, á la invitación de sus discípulos, proporcionar á los estudiantes un libro que les enseñe pronto y bien, los hechos principales y en especial, los conocimientos capitales que se requieren para el diagnóstico de las enfermedades; y como la mira más importante del médico, añade el autor, es en todas las circunstancias la curación de las enfermedades, claro está que el tratamiento ha sido su principal preocupación.

Mas por otra parte, si la obra no había de tener proporciones excesivas, y aun así, es un tomo en 4.° de 1116 páginas y con muchos capítulos de letra menuda, era menester prescindir de la exposición de muchas hipótesis, teorías y datos históricos, cuyo conocimiento no es estrictamente preciso, por lo menos, para las necesidades corrientes de la profesión, ni tampoco para los primeros estudios de la carrera. Con este criterio, en efecto, ha procedido el autor, y es indudable que gracias á esta determinación, su *Manual práctico*

de Medicina interna contiene lo preciso para la práctica diaria, ya que no lo necesario para los casos árduos y difíciles, en los que por otra parte, aun con una regular biblioteca no siempre se consigue descifrar los graves problemas que á veces presenta la Clínica.

El libro contiene, además, bastantes grabados, y bueno será hacer constar con este motivo, que los traductores no se han limitado á verter fielmente al castellano el texto alemán, sino que además, han creído conveniente intercalar en el capítulo relativo á los preliminares diagnósticos de las enfermedades del cerebro, dos grabados representando los centros corticales.

Si añadimos á todo lo dicho que, además de sus condiciones intrínsecas, se trata de un libro bien editado, habremos expuesto lo más sustancial del juicio que nos merece la presente obra.

II

He aquí una monografía histórica de solo 10 páginas, que si me fuera permitido disponer de espacio, con gusto le dedicaría casi otras tantas á dar cuenta de ella y de las consideraciones que su lectura me ha sugerido.

En efecto, la personalidad de Luis Vives, que gracias principalmente á nuestro insigne Menéndez Pelayo, es hoy muy bien conocida del público culto, es de aquellas que merecen realmente ponerse de relieve por la tendencia que significa en Ciencias naturales, siendo por lo mismo muy de agradecer, que el ilustre profesor de la Escuela de Viena, Dr. Max Neuburger, la presente ahora desde el punto de vista médico.

Después de hacer constar la tendencia reformista general de Vives en todo lo que se refiere á Filosofía, Pedagogía y Ciencias naturales, pasa el autor á exponer las ideas que nuestro humanista tenía acerca de puntos muy importantes de la Ciencia médica. Sienta desde luego el filósofo español que la Medicina no es una palestra de disputas escolásticas, sino una de las ramas más importantes de las Ciencias naturales, y afirma terminantemente un siglo antes que Bacon de Verulamio, que debe fundarse sobre el método inductivo, ó sea sobre la observación y la experimentación, atribuyendo el hecho de que en su tiempo no hubiera más que médicos empíricos ó filósofos al estéril método docente que se seguía en su época, y que consistía en aguzar las armas de la dialéctica, desdeñando en cambio los conocimientos prácticos. Esta tendencia se revelaba también en las consultas clínicas con no pequeño perjuicio de los pacientes.

Pero según el Dr. Neuburger, Vives no se limita á señalar el mal y sus causas, sino que además, propone el remedio. En efecto, insiste en la necesidad de que se aproveche el caudal de experiencia que atesoran las obras clásicas de los antiguos maestros; entiende que es de grandísima importancia el estudio práctico de la Anatomía y de la Fisiología; opina lo mismo respecto á la Farmacología, y continuando siempre con esta tendencia, manifiesta y razona su opinión de que las enfermedades se deben estudiar no sólo teóricamente, sino á la cabecera del enfermo, comenzando los alumnos por oir y acompañar al maestro, y pasando después con la debida prudencia á intervenir por sí mismos en la asistencia clínica.

También hace notar Vives la necesidad de que el trabajo médico se divida entre investigadores y clínicos, y respecto á la Terapéutica entiende, «que al principio siempre debe intentar el médico, si es posible, curar sus enfermos con solo la regulación de su régimen de vida, ó sea con la dietética; si el caso lo requiere apelará al medicamento, pero sin asociarle otro. Unicamente en los casos muy graves y complicados es cuando se decidirá á emplear asociaciones medicamentosas».

Igualmente recuerda el autor austriaco los muy oportunos consejos que da el humanista español acerca de cómo debe conducirse el médico en sus relaciones con el enfermo, al que deberá atender con paciencia y confianza, sin caer en una credulidad excesiva, meditando mucho antes dé establecer el diagnóstico, y no exponiendo su reputación con el afán del lucro ó con una conducta impúdica.

Por lo expuesto comprenderá el lector que si notable es la figura de Vives como filósofo y humanista, no lo es menos como reformador de las ideas erróneas que en su época reinaban acerca de las Ciencias naturales y en especial de las médicas, y que el Dr. Neuburger al dar á la publicidad su bien escrito trabájo, se ha hecho acreedor una vez más á la consideración y á la gratitud de los que nos honramos con ser compatriotas del insigne filósofo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 26 *de Mayo de* 1902.

La fototerapia en el lupus.—El Dr. *Farinós* presenta dos enfermas de lupus, lamentándose no haber podido, por razones de índole particular, traer á otros varios curados ya de la misma afección por medio de la fototerapia; pero alude á determinados de ellos, conocidos y observados por algunos señores Académicos.

Una de las que ofrece á la consideración de la Academia viene sin tratamiento fototerápico, con un lupus exedens de las mejillas, labio y nariz con pérdida de parte del tabique y destrucción del ala izquierda de la misma, de trece años de fecha desde su origen. La presenta únicamente como término de comparación en su día después que la haya sujetado al procedimiento fototerápico. La otra, procedente del Hospital de la Princesa, fué también portadora de un lupus tuberculo-ulceroso desde 1892, no conservando en la actualidad, después del tratamiento por medio de la luz, más que dos pequeñas cicatrices suaves, lisas y flexibles, habiéndose borrado las huellas producidas por la lesión y por los tratamientos anteriormente empleados. Considera de interés su historia clínica que narra en breves términos para demostrar y concluir que en el estado actual de la Ciencia, la fototerapia *es el tratamiento más racional del lupus, el que da mayor contingente de curaciones, el más indoloro y el que bajo el punto de vista estético menos deja que desear.*

Antes de recurrir á él, dicha enferma tenía dos placas lúpicas reproducidas en las cicatrices duras, profundas y desiguales consecutivas á la excisión en masa por el bisturí — método de Lang — á la que tuvo que recurrirse por la grave marcha invasora del mal y por el fracaso de los procedimientos hasta entonces puestos en acción con perseverante constancia, como fueron los cáusticos actuales y potenciales, las escarificaciones, el legrado, etc.; una de las placas era preauricular; la otra invadía la mejilla abarcando casi la totalidad de la cicatriz que se extendía desde el párpado inferior hasta 1 centímetro por debajo y fuera de la comisura labial, con múltiples y gruesos infartos ganglionares del cuello y ligero ectropion.

La primera placa luposa curó á las 17 sesiones: la segunda á las 48 aplicaciones de cuarenta y cinco á sesenta minutos de exposición á la luz, habiendo observado durante el tratamiento de la primera la modificación notable de la inmediata y de las cicatrices, lo cual prueba la acción que sobre los tejidos inmediatos ejerce la luz por difusión, llegando, como no se consigue mejor por otros medios, hasta la zona de células embrionarias que rodea al foco central tan bacilífera como éste. Para ello no empleé — dice — el aparato de Finsen, sino el que vengo usando ya tres años después de desechar los que posterior-

mente he visto recomendados como sistemas nuevos, consistente en un generador de luz de arco graduable de 15 á 50 amperios, provisto de un reflector parabólico movible, cuya luz es recogida por un tubo metálico de 70 centímetros de longitud, refrigerado en sus paredes por una corriente de agua, y en cuya extremidad libre adapto una lente hueca plano-convexa por la cual circula una solución de sulfato de cobre.

La riqueza de recursos con que cuenta la terapéutica del lupus, evidencia lo inseguro de los procedimientos y los medios que obran siempre á cambio de una desintegración celular, es decir, de una destrucción de tejidos causa de viciosas é irregulares cicatrices. Con este motivo se ocupa de la manera de obrar de la luz en su doble aspecto: como agente físico llevando su acción dinamogénica á los tejidos, y como agente microbicida destruyendo el factor etiológico. Los efectos de la fototerapia quedan reducidos á la reacción inflamatoria con escasa ó ninguna molestia sobrevenida á las tres, cuatro ó seis horas, según la duración é intensidad de la aplicación; ligera hinchazón de la parte, enrojecimiento de la piel, y, según la región en que se opera, pequeño edema periférico: los mismos fenómenos que si se tratara de una quemadura de primer grado, pero sin dolor. La superficie se cubre de vesiculitas con escasa trasudación, y por lo general, es una flictena más ó menos grande de contenido claro, que de ordinario á las treinta y seis ó cuarenta y ocho horas, ó en muy pocos días á lo más, se deseca formando costra, cuyo fácil desprendimiento ó caída espontánea favorezco con aplicaciones de vaselina neutra. A medida que se repiten las aplicaciones de luz, la periferia de la zona lúpica se pigmenta notablemente disminuyendo la inflamación que se produce en las primeras hasta dejar de presentarse: el tejido se decolora, los vasos desaparecen lo mismo que los lupomas, formando estos, en ocasiones, islotes ó presentándose nódulos aislados hasta su total extinción, la cual se realiza más ó menos pronto en mayor ó menor número de sesiones, según la región sobre que asienta el lupus, el campo en que evoluciona (condiciones individuales), la antigüedad del proceso, la variedad y forma de éste y hasta del aparato que para la aplicación del tratamiento se utilice: datos todos ellos que hay que tener muy en cuenta para no caer en un error de pronóstico que sirva de arma á los adversarios de la fototerapia al pretender que ésta realice inusitados prodigios ó verdaderos imposibles.

En Medicina se envejece muy deprisa: apenas si la fototerapia empieza su desarrollo y ya son antiguos sus procedimientos. Por esto se ve que en un principio el promedio de la duración del tratamiento era mayor del que en la actualidad es. Lo mismo ocurre en cuanto al tiempo de cada sesión: antes requeríanse dos diarias de sesenta á setenta y cinco minutos; hoy he llegado con una lámpara parecida á la de Bang á obtener los mismos efectos en tres ó cinco minutos.

Que la fototerapia cura el lupus es indubitable. Las estadísticas de Finsen, Petersen, Sabouraud, Leredde y la mía así lo acreditan, y aunque su tanto por ciento parezca á algunos muy elevado, ante la lógica de los hechos y de los números, no cabe discusión.

Respecto á lo indoloro del procedimiento que al propio tiempo es cómodo, limpio, desposeído de toda contingencia y libre de todo accidente, basta con decir que cuando las sesiones son de larga duración, hasta se duermen los en-

fermos: por pusilánime que sea no vacila en sujetarse á él, lo cual no ocurre con ningún otro procedimiento, que á más del resignado valor por parte del enfermo, hay que contar con su decidida é inquebrantable voluntad por verse libre de su mal. Y esto se explica fácilmente porque la luz que se proyecta sobre la parte enferma es fría, el enfermo no experimenta otra molestia que la impresión del contacto de la lente que se le aplica para producir la isquemia: puede estar acostado ó sentado y hasta no necesita ya hoy de gafas de cristales de color que le preserven de la intensidad de la luz, ni mucho menos de esparadrapos, apósitos y curas consecutivas de ninguna clase, á no ser en casos excepcionalísimos.

Por último, en sus resultados estéticos ningún método como la fototerapia deja en pos de sí huellas que menos delaten la preexistencia de lesiones tórpidas, enojosas y repulsivas en ciertos casos. Sus cicatrices son finas, lisas, apenas si se conocen, como ocurre en esta enferma; y eso que este caso es en el que más se perciben como acontece en algunos de lesiones ulcerosas y que han sufrido destrucciones de tejidos por tratamientos anteriores, porque en los que no concurren estas circunstancias la cicatriz es atrófica, lisa, suave, imperceptible á simple vista y como si realmente no existiera. Unicamente la escarificación lineal cuadrilátera de Vidal es, entre sus congéneres, la que mejores cicatrices deja; pero la atrofia del órgano que determina y la reducción de volumen de la parte que provoca, es mucho menos manifiesta por medio de la fototerapia, la cual con y á pesar de todas sus innegables bondades, tiene también sus detractores; unos porque no la conocen ó la conocen á medias, otros por sistema y algunos por alarde de un mal entendido pudor profesional que les obliga á rehusar todo procedimiento terapéutico que no sea de los aprendidos en la escuela ó tenido por ellos como el único clásico, sin reparar que con semejante conducta perjudican al enfermo y son la rémora de toda ciencia médica, del arte de curar, único objeto y finalidad de nuestra profesión.

El Dr. Azúa: Creo que la fototerapia no cura por completo el lupus y que no pueden considerarse como definitivas las curaciones hasta que pasan dos ó más años. La fototerapia, con los aparatos modernos, acortan la duración del tratamiento y facilitan la técnica. Este procedimiento es deficiente en los lupus no faciales, porque son duros y córneos. La gran ventaja de la fototerapia es la cicatriz lisa que deja.

El Dr. Mazo: En frente de las estadísticas citadas en las que resultan un 97 por 100 de casos de curación, daré á conocer los resultados obtenidos durante un año con el aparato Lortet-Genoud y publicados en el último número de los *Anales de Dermatología Francesa*, no se tienen en cuenta para los resultados finales los desaparecidos ni los que sufrieron menos de diez sesiones, resultando que solo se obtuvo la curación en proporción de 1 á 3. Pero la proporción real es todavía más fuerte, pues emigran los enfermos que no tienen mejoría. Los resultados obtenidos en los lupus eritematosos y tuberculosis cutáneas, son todavía más desfavorables.

El que la luz obre como agente microbicida no está ni con mucho plenamente demostrado, suponiendo Kaposi, Neisser, etc., obra por la reacción inflamatoria que produce, lo mismo que el aire caliente de Holländer y los rayos X, cosa que me parece más racional por algunas consideraciones que

no son del caso indicar, pensando muchos observadores que el porvenir del tratamiento será por los rayos X, que profundizan más.

Por todos los medios conocidos de tratamiento, incluso la fototerapia, siempre quedan cicatrices.

Puesto que hasta la fecha todos los autores están conformes en que es necesaria la isquemia, no comprendo como afirma el Dr. Farinós, es aplicable la fototerapia á los lupus de todas las regiones, por ejemplo, fosas nasales, faringe, etc.

Lang ha tratado algunos casos sólo por la compresión, obteniendo mejorías.

Hay Profesores eminentes entre los que citaré solamente al profesor Lang (de Viena), que hace la extirpación del lupus en muchos casos extensísimos con un 50 por 100 de curaciones, y en los casos en que la intervención no es factible aplica el aire caliente.

En resumen, creo es un avance en el tratamiento del lupus la fototerapia, pero no el desideratum, y que no puede sustituir en todos los casos á los métodos antiguos.

El Dr. Farinós : Felicito al Dr. Azúa y me felicito al verle colocado en el terreno científico del asunto. Ciertamente que lo necesario para las estadísticas, lo mejor y lo que todos perseguimos para hacerlas irrecusables, es seguir por largo tiempo á los enfermos curados ó aparentemente curados ; pero una hospitalización tan prolongada en tales circunstancias no es práctica, ni en la generalidad de los casos posible.

Sin embargo, yo tengo enfermos de más de un año curados de lupus sin reproducción alguna y Finsen los cuenta de más de cuatro años de fecha.

Ya he expuesto los efectos de la fototerapia que he observado en el lupus, y las escasísimas molestias que ocasiona y á las cuales los mismos enfermos no dan importancia alguna. Las grandes inflamaciones que algunos creen sobrevengan, podrán referirse á la helioterapia y aun á la helioterapia mal aplicada, ó aplicada con el mismo fin que lo hacía Thayer, concentrando con lentes biconvexas la luz solar para utilizar los efectos caloricos de sus radiaciones.

Acepto cuantos enfermos tengan á bien mandarme los Dres. Azúa y Mazo; pero no se pretenderá exigir de mí mayores sacrificios de los que vengo dando pruebas, al ser el primero en España y aun fuera de ella que ha tenido el atrevimiento de instituir un tratamiento de esa índole, sin otro concurso que el de mis propias iniciativas, ni más elementos que los que me prestan mis escasas fuerzas personales, sin reparar en más que ser útil á los enfermos ; y prueba de ello es que todos ellos, menos uno, precisamente esa niña á que ha aludido el Dr. Azúa, y que por eso su curación ha sido tan rápida (veinticuatro días), han sido luposos antiquísimos, cansados ocho, quince, veinte, treinta y más años de sufrir con otros medios y procedimientos.

Yo no discuto el porvenir, ni puedo oponerme á lo que sea el mañana. Si los rayos X pueden ser el porvenir, del tratamiento del lupus, la Rœngenterapia no por eso dejará de ser tan fototerapia como lo es el sistema Finsen, dado el concepto que de esta tengo ; únicamente digo al Dr. Mazo con respecto á lo que dice haber leído en los *Anales franceses de Dermatología*, lo mismo que dicen esos *Anales :* que la radioterapia tal vez será llamada á ser útil en el

porvenir; pero que en la actualidad es un método incierto y manifiestamente inferior á la Finseuterapia, por ser en ocasiones deficiente y en otras tan intensamente activa, que produce destrucciones considerables de reproducción extraordinariamente lenta. Lo único que hace en algunos casos es mejorar el lupus, por lo que, bajo este punto de vista (esto no lo dicen esos *Anales*), el profesor Unna lo aconseja en los muy extendidos, á condición de continuar inmediatamente el tratamiento por otros procedimientos. Kaposi compara sus efectos á la linfa de Koch, y Lang no ha visto jamás persistir esa mejoría ni sido testigo de ninguna curación que pueda atribuirse á dicho procedimiento.

En cuanto al aire caliente, no de antigua fecha introducido en la terapéutica del lupus por Hollœnder, de Berlín, su acción y resultados son análogos á la iguipuntura.

Finalmente, no he de insistir en lo de la homogeneidad y acción que por difusión tiene la luz, como tampoco en sus incontrovertibles efectos bactericidas; lo mismo que en lo de la penetrabilidad y profundidad á que alcanza, pues ya han visto los Sres. Académicos cómo se impresiona el papel sensible colocado en la boca á través del carrillo y la diferencia de actividad é intensidad actínica de la luz de la lámpara á electrodos de hierro, de que vengo haciendo uso. Creo que esta es la mejor prueba para desvanecer las dudas sobre el particular y la demostración más palmaria de que efectivamente se curan los lupus de las orejas, de la nariz, de su tabique y hasta de las encías, á través de los labios.

Dos casos de hidrocolecistitis calculosa.—El Dr. Yagüe: Presento á ustedes dos enfermos afectados de litiasis biliar, con tumor vesicular, por obstrucción del cístico, cuyo diagnóstico es clínicamente evidente; aunque en cada uno haya particularidades propias.

Son un hombre y una mujer.

El hombre llámase M. D., tiene cuarenta y tres años, es de Madrid, donde reside, casado, forjador, y de templanza regular.

No tiene antecedentes hereditarios ni personales. Su enfermedad actual comenzó hace cinco años, en julio, por un cólico después de comer, que atribuye á la muerte por accidente de su padre; se caracterizó por dolor epigástrico fijo con irradiación al hipocondrio y hombro derecho y vómitos, primero alimenticios, y luego biliosos, terminando con la expulsión por el ano, con el excremento de varios cálculos, lo menos ocho del tamaño de avellanas; quedó con ictericia, y sin cesar ésta tuvo en dos meses otros dos cólicos de iguales caracteres, que concluyeron también con la expulsión de cálculos, aunque de menor tamaño; marchó para su tratamiento á hacer uso de las aguas de Cestona, y allí, con nuevos cólicos, expulsó cálculos en tal cantidad, que el enfermo compara «á un cuarterón de garbanzos»; cesó entonces por completo la ictericia, y le subsistió dolorida la región cística, en donde se tocaba un tumorcito como una avellana que no le impidió dedicarse á sus ocupaciones, y el cual, hace un año empezó á crecer progresivamente, hasta hace paco tiempo que este crecimiento pareció suspenderse espontáneamente.

En su región cística, detrás de unos músculos rectos vigorosos, se percibe bien una tumoración redondeada, como hemisférica, del tamaño de un huevo grande de gallina, lisa, fija al tacto, móvil con la respiración, indolente, y

á la percusión continua con el hígado, que está en su sitio y es de dimensiones normales: no hay ictericia ni ningún otro síntoma en ningún aparato. Diagnóstico: Hidrocolecistitis por obstrucción cística cálculosa.

La mujer se llama J. C., tiene treinta y nueve años, es casada, natural de Sevilla, pero residente en Madrid, donde vive desde hace quince años, dedicada al oficio de sastra. Su padre murió de cincuenta años, de «hipocondría», dice sin locura; su madre vive, no tiene en sus antecedentes enfermedad que pueda relacionarse con la actual. Esta comenzó hace cuatro años por cólico muy grande antes de comer, y que la aumentó comiendo, caracterizado por dolor, primero en el epigastrio, luego en el hipocondrio y vómitos, al principio alimenticios y después biliosos; síntomas que le duraron dos días, quedándola después orinas obscuras, ictericia y gran resentimiento en los riñones, lo que la tuvo enferma un mes; desde entonces cada dos á cuatro días ha venido teniendo cólicos que terminaban con diarrea amarilla «como huevo batido». Y hace un mes exagerándose la especie de bola que cuando la da el cólico se la pone en el epigastrio y que parece la va ahogar y el dolor lumbar, empezó á ponerse amarilla, á tener el excremento de color de greda, la orina del de caoba y un dolor continuo del hipocondrio derecho.

En éste es posible apreciar el hígado algo aumentado de volumen y descendido, y por debajo, y separada de él, honda, y sin relación con los tegumentos de los que la separan los intestinos, como demuestra el timpanismo de la percusión, una tumoración algo grande, lisa, fija, como redondeada y dolorosa á la presión, pareciendo en realidad más lumbar que del hipocondrio. Hay gran ictericia (no apreciable como es natual ahora por la luz artificial) y ningún otro síntoma.

Diagnóstico: Litiasis biliar; obstrucción colédoca y cística con hidrocolescitis consecutiva.

En ambos enfermos, el diagnóstico es clínicamente evidente; las finalidades que me han movido á presentarlos son: Primera, que se vean y comprueben los diagnósticos; y segunda, y es la fundamental, rogar con tal motivo encarecidamente á todos, el envío de enfermos análogos, para la investigación del valor diagnóstico de la radiografía, lo que con la cooperación del Dr. Gaztelu estamos haciendo (aunque en el hombre presentado por enfermedad de este señor, la debo á la amabilidad del Dr. Espina, de tan notoria competencia en estas materias); advirtiendo que no se retendrán los enfermos, que es gratuíto, y que se devolverán en seguida al Profesor que lo envíe, haciendo constar siempre en la observación el origen y procedencia de los casos (1).

Pseudopelagra.—El Dr. *Azúa* presentó varios enfermos considerados como pelagrosos. La pelagra es rarísima en Madrid. Ha observado pocos casos que

(1) Ambos enfermos han sido operados por el Dr. Cervera, en el Instituto de Terapéutica operatoria. Resultados diagnósticos: Hombre: pequeño quiste hidatídico situado entre el peritoneo y la fascia; otro mayor intra-abdominal hepático, casi vacío por curación espontánea; detrás la vesícula normal; hígado también normal.

Mujer: riñón derecho descendido y móvil; hígado algo descendido é ingurgitado de bilis, vesícula con grandes y múltiples adherencias, pequeña, con cálculos; uno obstruye el cístico; otro obstruye el colédoco, por el que sale gran cantidad de bilis en cuanto se le extrae.

recayeron en individuos tipo de la miseria fisiológica y de nutrición insuficiente. La pseudopelagra es en cambio frecuente y va acompañada de trastornos orgánicos, causas de error. En estos individuos las lesiones pseudopelagrosas curan sin dejar huellas, mejorando á la vez el estado general.

El Dr. VALLE Y ALDABALDE: Siempre me han llamado la atención las diferencias que observaba entre muchos de los pretendidos pelagrosos que se dice observar en esta Corte y los pelagrosos indudables que he tenido ocasión de ver en Asturias, mi país natal.

En los primeros falta, por lo general, el eritema de los piés que se observa en los segundos, y si bien pudiera atribuirse á que en Asturias es mucho más frecuente que en Castilla que las gentes del pueblo anden descalzas, y por lo tanto, exponiendo dichas partes á la acción de los rayos solares, ya no puede aplicarse el mismo argumento al eritema del cuello de que ya Casal da cuenta y representa gráficamente en su figura, y que tampoco se observa en muchos de los que en Madrid se dice que son pelagrosos.

Tampoco se observan en muchos de los pseudopelagrosos de esta Corte ó del centro de España, la afección bucal que se presenta en la mayoría de los pelagrosos reales, y de que hacen mérito los autores, incluso nuestro Casal ya citado.

Por último, en los pelagrosos que yo he observado era muy frecuente que se presentaran alucinaciones auditivas en una época en que el eritema, y sobre todo los trastornos digestivos, todavía estaban poco caracterizados. En cambio, en los pseudopelagrosos castellanos aun con eritema del dorso de las manos muy acentuado, aunque no de naturaleza pelagrosa y con trastornos digestivos hijos, como ya ha hecho notar muy bien el Dr. Azúa, de la mala alimentación á que están sometidos estos sujetos, nunca he observado las mencionadas alucinaciones.

El Dr. *González del Campo* dijo que uno de los enfermos presentados por el Dr. Azúa lo había visto en su consulta pública. Padecía trastornos de la digestión, diarrea y eritema de las manos de color rojo-vinoso. Este enfermo era alcohólico y sifilítico. Como carecía de medios para atender á su curación le aconsejó ingresar en el hospital. Estas pseudopelagras son á su juicio comunes cuando hay trastornos de la digestión y de la nutrición.

El Dr. *Azúa* manifestó que el enfermo á que aludía el Dr. González del Campo fué sometido á la dieta láctea y á las fricciones mercuriales. Con este tratamiento desapareció la diarrea debida quizá, en opinión del Dr. Azúa, á la sífilis.

(*Se suspenden las sesiones del presente curso académico*).

PERIÓDICOS

Atrofia muscular progresiva y parálisis bulbar.—En la *Gaceta Médica del Norte* se publica un caso presentado en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao por D. Francisco de Ulacia, el cual se refiere á una joven de veintitrés años de edad, soltera y dedicada á las faenas domésticas. No tiene antecedentes hereditarios de ninguna especie ni ha sufrido más enfermedad que algunos dolores de cabeza bastante intensos y que actualmente suelen repetirse, aunque no tan á menudo como en épocas anteriores.

El primer trastorno acusado por la enferma fué la debilidad en la ejecución de ciertos movimientos de los dedos de ambas manos y la imposibilidad de realizar algunos otros. Al cabo de varios meses se vió imposibilitada de hacer calcetas, y poco tiempo después tuvo que abandonar la costura. Al mismo tiempo fué notando el enflaquecimiento de ambas manos, habiendo reparado también por sí misma las contracciones fibrilares de las regiones tenar é hipotenar.

Como el estado general de la enferma se mantenía bien, no consultó con ningún médico hasta un año después de iniciados los primeros trastornos. Durante algunos meses siguió el tratamiento indicado por uno de nuestros compañeros de un pueblo inmediato á Bilbao, sin que la enferma notase alivio en los síntomas que presentaba. Pasó otro año, durante el cual la atrofia se fué extendiendo á los músculos del antebrazo y acentuándose extraordinariamente en las regiones tenar é hipotenar sin que se alterase el estado general de la enferma; pero como al comenzar el tercer año de enfermedad sintiese algunos trastornos en la garganta, fué á consultar con un ilustrado compañero, quien envió la paciente á su consulta, sospechando que se tratase de alguna enfermedad de los centros nerviosos.

Los trastornos, según dijo la enferma, comenzaron por la región tenar de la mano izquierda, habiéndose presentado en la mano derecha muy poco tiempo después. Estaban completamente atrofiados los músculos abductores de ambos pulgares, y muy adelantada la atrofia de los músculos de la capa profunda, dando por resultado, merced al predominio del extensor largo del pulgar, que el primer metacarpiano se mantuviese en el mismo plano que los otros cuatro restantes. La profunda excavación de los canales intermetacarpianos y la actitud de la mano en forma de garra, ponían de manifiesto la completa atrofia de los músculos interóseos. Los antebrazos estaban también bastante adelgazados, siendo la atrofia bien señalada en los músculos flexores, en los cuales se observaban de vez en cuando pequeñas contracciones parciales; en los puntos en que éstas se verifican, la piel se levanta y se deprime en forma de finos cordones. Estas contracciones, que se conocen con el nombre de *contracciones fibrilares*, no se observaban en la mano, sin duda alguna porque las fibras musculares de las regiones tenar é hipotenar estaban casi completamente atrofiadas.

El examen eléctrico de los músculos de las manos y de los antebrazos, acusa una degeneración parcial bastante acentuada.

La excitabilidad de dichos músculos y de los nervios que les animan, está muy disminuída á la acción de las corrientes farádicas y galvánicas, notándose en ellas modificaciones cualitativas y cuantitativas bastante considerables.

En los músculos más atrofiados de la región tenar, aplicando una corriente continua de gran intensidad, pueden obtenerse contracciones al cerrar la corriente por el método unipolar, pero no se obtienen al abrirla; esto es, se obtienen, según las fórmulas adoptadas M. F. C. y P. F. C., pero no como ocurre normalmente N. O. C. ni P. O. C. En el antebrazo, donde la atrofia no es aún tan acentuada, se obtienen las contracciones correspondientes á estas dos últimas fórmulas, pero con la particularidad cualitativa de que N. O. C., que normalmente es menor que P. O. C., en este caso resulte mayor.

No existen *trastornos de sensibilidad* y el funcionamiento de los esfínteres es normal.

Ni en el velo del paladar ni en las amígdalas ni en ningún otro punto de la mucosa laríngea se notaban alteraciones á la inspección ocular. Una cosa sin embargo le llamó la atención al Dr. Ulacia, y fué la anestesia de la laringe y de la úvula, al pasar por ellas un pincel con objeto de limpiarlas de algunas mucosidades que las cubrían. El síntoma que presentaba la enferma en la garganta era de orden puramente subjetivo y consistía en un gran cansancio para los movimientos de deglución y de masticación de los alimentos. Algunas veces, aunque muy pocas, al hacer movimientos de deglución, habíanse escapado las bebidas por la nariz, lo que revelaba alguna parálisis del velo del paladar. En la pronunciación de las palabras no se notaba alteración ninguna, pero según confesión de la enferma, no hablaba con la misma facilidad que antes de presentársele las alteraciones de los miembros superiores. Sentía verdadera pereza y entorpecimiento en la lengua, siéndole necesarios verdaderos esfuerzos para moverla con lentitud. No hay grandes manifestaciones de parálisis laríngea, pero la voz es débil, monótona é incapaz de emitir notas agudas y sostenidas.

El Dr. Ulacia diagnosticó de atrofia muscular progresiva espinal de Aran Duchenne, correspondiente al tipo bulbo-espinal.

Hace á continuación las siguientes consideraciones:

«Sabido es que algunas enfermedades de la médula y de los nervios periféricos pueden determinar atrofias musculares de los miembros superiores, atrofias muchas de ellas que comienzan por los músculos de las regiones tenar é hipotenar, siendo idénticas en su evolución á la atrofia muscular que nos ocupa, pero hay que tener en cuenta que dichas atrofias son mucho más frecuentes que la que corresponde al tipo Aran-Duchenne, con la cual se confundieron muchas veces. Después que, como consecuencia de detenidos estudios y observaciones, se han señalado bien las diferencias que las separan, se ha convenido en admitir que los casos de atrofia muscular progresiva, tipo Aran-Duchenne, son excepcionales. Esta atrofia, en la inmensa mayoría de los casos, comienza por las regiones tenar é hipotenar, mientras que las miopatías primitivas suelen comenzar por otros músculos, siendo esta diferencia uno de los rasgos más característicos del cuadro clínico de la atrofia muscular espinal, tipo Aran-Duchenne. Además, esta última afección es más propia de la edad adulta, no es familiar ni hereditaria como las miopatías primitivas y va

acompañada de contracciones fibrilares y reacción total ó parcial de degeneración, y puede complicarse como se ha visto en este caso de parálisis labio-gloso-laríngea, lo que no ocurre jamás en las miopatías primitivas.

Algunas otras enfermedades de la médula como la esclerosis lateral amiotrófica, la siringomielia, la esclerosis en placas, la paquimeningitis cervical hipertrófica y la lepra anestésica, pudieran confundirse en algunos casos con la atrofia muscular progresiva, pero esto sería muy excepcional si el examen se hiciese con detención. En la esclerosis lateral amiotrófica hay exaltación de los reflejos tendinosos y contracturas musculares. En la siringomielia existen alteraciones tróficas y sensitivas muy características, que casi siempre coexisten con la amiotrofia. En la esclerosis en placas es muy rara la atrofia muscular y se reconoce fácilmente por el nistagmus, vértigos, temblores y estado espasmódico de los miembros inferiores. En la paquimeningitis cervical hipertrófica existen fuertes dolores pseudoneurálgicos, que no se presentan nunca en la atrofia muscular progresiva, y la lepra anestésica tiene mayor semejanza con la siringomielia.

Respecto del diagnóstico de parálisis labio-gloso-laríngea, también nos creemos autorizados á sostenerlo, fundados en la descripción que precede. La anestesia laríngea es para Krisshaber un fenómeno prodrómico de gran importancia, y esta anestesia existe en nuestra enferma. Además, si bien es cierto que los síntomas de parálisis bulbar no son muy acentuados, hay que tener presente que dicha parálisis es uno de los modos de terminación de la atrofia muscular progresiva, atrofia que se inició en nuestra enferma cuatro años antes de acusar los fenómenos laríngeos. Realmente, la invasión bulbar en este caso, parece un poco prematura y más propia de la esclerosis lateral amiotrófica».

Sífilis tardía. — El Dr. Juan Barcia Caballero publica en el *Boletín del Ateneo Médico Escolar Compostelano*, el caso clínico referente á un hombre, muy cercano al medio siglo, padeciendo una doble enfermedad : *iridocoroiditis* intensa y *dermatosis papulosa discreta*, pero muy intensa. Esta última era de fecha mucho más antigua, y para combatirla, había empleado multitud de remedios. También la dolencia ocular había sido objeto de muchos é infructuosos ensayos, hasta que, entre aburrido y desesperado, decidió el viaje á Galicia. Preguntado si había tenido sífilis, dijo que no, y únicamente recordaba que siendo muy mozo, tuviera una pequeña llaga que curara con muy pocos cuidados y en breve tiempo, sin otras consecuencias. Sano y sin ninguna enfermedad, había vivido hasta los cuarenta años.

Poco daba de sí el caso, y menos todavía teniendo en cuenta los antecedentes, especialmente si se atendía á las numerosas manos porque había pasado el paciente, sin que ninguno hasta la hora presente le hubiese tratado como específico. Había una circunstancia que parecía excluir aquel parecer : la persistencia de las lesiones sin variación notable á pesar del tiempo transcurrido. La sífilis es esencialmente polimorfa é inestable. Además de ésta, la incertidumbre de la lesión primitiva y el lapso de tiempo que mediaba entre ella y la aparición de las presentes, alejaban también la probabilidad.

A pesar de eso, y quizá más por instinto que por razón, el Dr. Barcia no vaciló. Entró en el hospital y se le aplicaron las fricciones ; á la segunda, fué

tan notable la mejoría, que ya se daba el hombre por curado. Disminuyó hasta casi desaparecer la inflamación ocular, y en cuanto á las manifestaciones cutáneas, presto siguieron el mismo camino. Al cabo de un mes no había vestigios de nada. El yoduro potásico, *larga mano* administrado, y los baños sulfurosos confirmaron la curación.

«No por la rareza del caso lo publico — dice el Dr. Barcia — muy frecuentemente tengo ocasión de intervenir en otros semejantes. Creo, sin embargo, que es digno de mencionarse, porque es uno de aquellos en que el médico puede más fácilmente encontrarse desorientado. Como queda dicho, la lesión inicial apareció muy obscura y nada confirmada ; en pos de ella, un largo período de veinte años sin manifestaciones de ninguna clase ; aparecen luego las dichas, y no son reputadas de sifilíticas por ninguno de cuantos la ven ; lejos de variar ó de modificarse, permanecen mucho tiempo en igual estado... Verdaderamente todos parecían datos en contra. No obstante esto, el resultado obtenido demuestra claramente la naturaleza del mal. Aquí del sabido principio : *natura morborum curationes ostendum.*

Aunque cada día menos, todavía queda algún rezagado y testarudo contradictor del tratamiento mercurial, y aunque gracias á los modernos trabajos de tan autorizados maestros como Lang, la luz se hizo en casi todas las inteligencias, bueno es propalar casos como éste para que ayuden á disipar las sombras que puedan quedar de antiguas porfías. Claro es que no puede negarse de una manera absoluta la posibilidad de curar la sífilis sin mercurio, como no puede negarse la posible curación de la misma por los solos esfuerzos de la naturaleza, pero negar la acción directa y eficaz del mercurio en esta enfermedad, es querer negar los hechos más palpables y evidentes.

También es muy de notar la circunstancia de persistir las lesiones cutáneas sin modificación notable, hecho excepcional que tengo en mucho, porque se aparta de lo más generalmente observado. Las dermatosis sifilíticas tienen por carácter el ser extraordinariamente variables. Tal vez cuando se combinan con otra diátesis — pase la palabra á pesar de su arcaismo — pueden, digámoslo así, cristalizar en una forma determinada. Es, sin embargo, caso raro y muy digno de mención. ¿Podría acaso influir también en esto un tratamiento extemporáneo y poco apreciado?

Por fin, débese citar un detalle que serviría aquí de indicador para ponernos en la pista, tan obscuro por otra parte : la existencia de la *iridocoroiditis.* Es ésta una complicación tan frecuente en las sífilis tardías, que siempre que se encuentra debe sospecharse la posibilidad de que sea específica. Y cuando lo es, siempre obedece rápidamente al tratamiento mercurial intenso, según aconteció en este caso». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 15 *de Julio de* 1902.

Reumatismo tuberculoso abarticular. Localizaciones viscerales y de otro género del reumatismo tuberculoso.—El Dr. Poncet: He descrito en estos años últimos el reumatismo tuberculoso articular ó pseudoreumatismo infeccioso de origen bacilar.

Mis discípulos y yo hemos demostrado que las manifestaciones articulares de la tuberculosis son mucho más variadas de lo que se había creído hasta ahora y que desde el punto de vista clínico y anatomopatológico se han confundido y se confunden con los ataques de reumatismo franco.

Al principio limitamos nuestras investigaciones á un punto: demostrar que la bacilosis, enfermedad cuya naturaleza infecciosa admiten todos, puede y debe, como las otras infecciones, originar un reumatismo infeccioso según la ley de patología general formulada hace ya mucho tiempo por Bouchard.

Creemos haberlo conseguido.

Por la experimentación, en los casos en que ha sido posible, por la clínica sobre todo, en la que el encadenamiento de los hechos es de una exactitud, á veces, casi matemática, hemos demostrado que los diferentes ataques articulares per la bacilosis no están ni mucho menos representados por lesiones que llevan con ellas su diagnóstico: por granulaciones miliares, por núcleos caseosos, por pus de absceso frío, por granos riciformes, etc.

Al lado de estas formas virulentas, que son casi siempre ulcerosas, destructoras, existen otras variedades: secas, plásticas, anquilosadoras, vegetantes, serosas, etc., que pertenecen á la gran clase de las tuberculosis atenuadas.

Estas tuberculosis, de un carácter especial menos maligno, constituyen el reumatismo articular tuberculoso.

Localizadas en las articulaciones, están representadas por productos de reacción que, excepto los granos riciformes, no presentan particularidad anatómica ninguna. Sus caracteres son los de todas las lesiones inflamatorias. Ni á simple vista, ni con el microscopio es posible reconocer su naturaleza.

Varían desde la simple astralgia, fluxionaria ó no, desde la artritis ligera, fugaz, con exudado más ó menos abundante, de cualidades variables, hasta la artritis aguda, hidrópica, con derrame abundantísimo, hasta la artritis fibrosa, seca, nudosa, deformante, etc., simulando de este modo todas las artritis monoarticulares, poliarticulares, comprendidas en el término vago de reumatismo articular.

Al lado de la tuberculosis articular clásica con sus tubérculos, etc., sus

productos especiales, se debe incluir una tuberculosis mitigada, relativamente benigna, exclusivamente inflamatoria, sin caracteres patológicos especiales.

¿Se trata de artritis tóxicas ó bacilares? Es difícil contestar á esta pregunta, porque las investigaciones microbiológicas y de otro género faltan casi siempre. Es probable, según lo que sabemos, que las artropatías sean debidas, casi siempre, al veneno tuberculoso, á la localización de la tuberculina en las sinoviales. ¿No son como todas las serosas vías de eliminación natural que figuran después de los grandes emunctorios: los riñones, la piel, etcétera?

Se trata de una toxemia local ó de lesiones articulares dependientes de una infección bacilar del sistema nervioso, central, periférico.

Esta hipótesis se convierte casi en seguridad cuando se piensa en la patogenia francamente demostrada de las artropatías que sobrevienen en otras infecciones, cuando se recuerda los efectos de la linfa de Koch sobre las articulaciones.

Desde la aparición de la tuberculina la he empleado en muchas tuberculosis locales. He visto con frecuencia en estos casos articulaciones sanas ponerse dolorosas, inflamarse igual que en un reumatismo infeccioso, y estas artritis tardan en desaparecer más ó menos tiempo.

Estas ligeras consideraciones generales merecen ser recordadas antes de hablar del reumatismo tuberculoso abarticular, objeto de la presente comunicación.

El reumatismo tuberculoso abarticular es aquel en el que (como su nombre indica), el ataque de reumatismo no queda limitado á las articulaciones, sino que interesa las vísceras y ejerce su acción nociva sobre los órganos, sobre los músculos, sobre los nervios, etc.

La existencia de estas localizaciones extraarticulares la prueban hechos clínicos que observamos todos los días. Son tanto más aceptables cuanto que no se comprende en virtud de qué privilegio los órganos, los tejidos, afectados por las distintas variedades de reumatismo infeccioso: blenorrágico, puerperal, escarlatinoso, etc., no han de serlo por el tuberculoso.

En nombre de la patología general es permitido creer que lo que es cierto para algunas infecciones ha de serlo para otro estado infeccioso: la tuberculosis. Las supera, además, por su presencia, por sus manifestaciones múltiples, etc.

No me propongo revisar todas las localizaciones viscerales descritas en el capítulo *enfermedades reumáticas* de los Tratados de patología general. Esta relación molesta, pesada, es interesante, sin embargo, porque si aumenta, quizá de una manera inesperada, el campo del reumatismo tuberculoso tiene la ventaja de no olvidar ninguna de sus manifestaciones posibles.

El pseudoreumatismo bacilar puede en efecto atacar primero las articulaciones y algún tiempo después sobrevienen las localizaciones viscerales, por ejemplo, la pleuresía, la meningitis, la endocarditis, etc. Pero en ciertos casos también el reumatismo sigue una marcha inversa, el enfermo tiene primero pleuresía, endocarditis, y el reumatismo articular es el último que aparece. Algunas veces las articulaciones quedan á salvo y los órganos ó los diversos aparatos son los únicos que se afectan.

La noción del reumatismo tuberculoso abarticular se funda, según he dicho, en gran número de observaciones clínicas á las que hasta ahora sólo ha faltado una interpretación exacta para darla una existencia real. Faltaba un hilo conductor en el dédalo de manifestaciones patológicas, tan variables, tan proteiformes, que carecieron del rasgo anatómico considerado por error como indispensable : tubérculos, focos caseosos, etc., no eran tenidas por tuberculosas.

Al lado de las formas viscerales, que son, en la especie, las más virulentas, toman, pues, sitio, formas atenuadas que varían desde el simple dolor y la simple *fluxión*, para emplear una expresión antigua que responde á la realidad de los hechos, hasta los productos patológicos más ó menos rebeldes : exudados serosos, plásticos, esclerosis, etc. En una palabra, los mismos procesos que interesan las articulaciones, invaden los órganos, los tejidos y sus modalidades sintomatológicas no son en ellos menos diversas.

Uno de sus caracteres principales es, en los casos más benignos, su movilidad, su variación de sitio, y, por esto mismo, su curabilidad espontánea.

Desde estos diversos puntos de vista, la cuestión es nueva. Pone al reumatismo tuberculoso abarticular á la orden del día.

Sin embargo, diversos observadores habrán señalado la tolerancia de los bacilos por los tejidos, en ciertos casos, la falta absoluta de reacción. Se conocía este microbismo latente que no se revelaba por signo clínico alguno ni por la modificación anatómica más ligera. Se había demostrado también que el bacilo puede provocar en los parénquimas, sobre todo, en los ganglios, sólo lesiones inflamatorias generalmente hipertróficas. Desde hace mucho tiempo he observado casos de bacilosis sin reacción específica, sin lesión anatómica.

Cuántas veces me ha ocurrido, por ejemplo, extirpar ganglios que la clínica consideraba como tuberculosos, por la edad del enfermo, la herencia, otras manifestaciones concomitantes, etc., y que no presentaban rastro de lesiones llamadas tuberculosas, excepto una hipertrofia más ó menos acentuada. Y, sin embargo, se trataba de un proceso bacilar ; las inoculaciones de estos ganglios á los conejillos de Indias no dejó duda alguna respecto á su naturaleza (L. Dor).

Me sería fácil citar muchos hechos de este género. Se les ha descrito hasta ahora, á falta de lesiones anatómicas definidas, con los nombres de adenitis, de linfoma, de osteoperiostitis infecciosas, etc. ¿No conocemos los exostosis tuberculosos que no se diferencian por su estructura de los otros exostosis inflamatorios, las sinovitis secas, serosas, las vainas tendinosas con ó sin granos riciformes, los higromas vegetantes, etc., también bacilares, las estrecheces fibrosas del intestino que no han sido precedidas de neoplasia alguna del menor producto francamente tuberculoso?

Quedo en el terreno quirúrgico ¿pero es exceder los límites de un razonamiento rigurosamente científico, admitir el mismo género de lesiones en las vísceras, en los diversos tejidos, sobre todo, si se considera que no son respetados por la tuberculosis más virulenta y por los otros reumatismos infecciosos?

No me propongo revisar las diversas localizaciones del reumatismo tuber-

culoso abarticular, sino sólo indicar las investigaciones hechas en sentido determinado, citando algunas observaciones.

Cardiopatías tuberculosas.—Citaré dos observaciones de cardiopatía tuberculosa. La primera se refiere á una endocarditis tuberculosa vegetante, desarrollada durante un reumatismo articular, tuberculoso y constituído sólo por lesiones inflamatorias análogas á las que se observan en las endocarditis vegetantes del mismo género, cuya naturaleza se ha demostrado experimentalmente.

En la actualidad, asisto desde hace varios años á una mujer de veintiún años (con parientes tuberculosos); ha padecido lesiones articulares de ambas rodillas que tenían todos los caracteres clínicos de una doble osteoartritis fungosa. La afección articular curó al fin, pero desde hace algunos meses esta joven, cuyo estado general deja bastante que desear, padece trastornos circulatorios que dependen de una *endocarditis con insuficiencia mitral.* Es de creer que existe una localización tuberculosa en el corazón, superpuesta anatómicamente á la de una artropatía plástica.

Todos los autores que hasta ahora se han ocupado de la tuberculosis cardíaca (y son pocos, á juzgar por el corto número de observaciones publicadas), sólo han hablado de la endocarditis y de la miocarditis con tubérculos. Sin embargo, para el corazón igual que para las articulaciones, la granulia es sólo una forma de infección tuberculosa, cuyos brotes atenuados no se distinguen, según creemos, de las cardiopatías inflamatorias.

Lo mismo puede decirse respecto de las demás manifestaciones viscerales del reumatismo tuberculoso, sea de los pulmones, de la pleura, del sistema nervioso periférico, del cerebro, de las meninges, etc.

Dejo á un lado el reumatismo de la pleura. Después de las investigaciones notables del profesor Landouzy sobre la pleuresía tuberculosa, el asunto es conocido á fondo.

Sorprende el olvido relativo en que se han dejado otras serosas pertenecientes á la misma familia anatómica, y que deben, *a priori*, pagar el mismo tributo variado á la tuberculosis.

Meningopatías tuberculosas.—Hay indudablemente toda una serie de inflamaciones meningeas comparables á las artropatías descritas. El término meningitis tuberculosa es al parecer impropio, al menos clínicamente, porque los médicos la consideran como sinónimo de granulia y de pronóstico fatal.

La meningitis tuberculosa jamás cura, se repite constantemente, y esta opinión se halla tan arraigada, que los prácticos más distinguidos que ven curar una meningitis diagnosticada de tuberculosa, no vacilan en confesar que se han engañado. Ante una curación invocan un error de diagnóstico. Suponen una meningitis infecciosa cualquiera, meningitis sifilítica, etc., y, sin embargo, esta opinión es infundada, contrario, en efecto, á la anatomía patológica, á la clínica.

En efecto, ¿por qué no admitir que lo que ocurre en la serosa peritoneal puede producirse también, al menos accidentalmente, en las serosas meníngeas? ¿No observan los cirujanos y los médicos, sobre todo, después de emplear la laparotomía como tratamiento de la peritonitis tuberculosa, la desaparición sin rastros apreciables de tubérculos confluentes, de masas tu-

berculosas gruesas del peritoneo, del epiplón, del mesenterio, etc.? ¿Por qué esto que es verdad para el peritoneo y para toda clase de tejidos, no ha de serlo, en ciertas circunstancias, para las meninges, para el cerebro?

Estas meningo-encefalitis, estas meningopatías, para emplear un término más genérico y más en consonancia con los estados tan variados de las meninges y de los centros nerviosos en presencia de las toxinas tuberculosas más ó menos virulentas, más ó menos abundantes, pueden variar desde la simple congestión reumática, primera etapa inflamatoria, hasta las lesiones agudas, crónicas, etc., á veces irreparables, pero siempre de igual naturaleza.

A estos estados anatómicos, transitorios ó durables, corresponde una sintomatología de las más variadas, cuyas modalidades están naturalmente en relación con el sitio y la extensión de este reumatismo meningo-encefálico. Comprenden desde las cefaleas pasajeras, persistentes, desde las psicosis, desde los trastornos cerebrales de gravedad variables, etc., hasta los accidentes mortales.

He dicho bastante para probar que las meningitis tuberculosas que curan son tuberculosis meníngeas atenuadas, manifestaciones del reumatismo tuberculoso abarticular. La mayor parte de las veces no deben existir tubérculos compactos ó infiltrados, aunque estos tubérculos son susceptibles, como todos, de absorberse. La malignidad de estas últimas lesiones es indudablemente mucho mayor, pero el reumatismo puede defenderse y triunfar de ellas.

El síndrome que se ha llamado *pseudomeningitis* ó *meningismo*, debe ser expresión de una bacilosis atenuada, si bien no existen en estos casos signos característicos que diferencien dicho estado de la meningitis tuberculosa, de la meningitis aguda verdadera, de la meningitis cerebro-espinal.

Podría citar muchos casos para probar que la meningitis tuberculosa grave, con sus signos patognomónicos, puede curar.

A fortiori debe ocurrir lo mismo, y naturalmente con más frecuencia, con las meningopatías mitigadas, sin tubérculos, con las meningalgias, con las meningitis sencillamente exudativas, de poco ó ningún derrame, de localización parcial, circunscrito, etc., y sin pretender utilizar siempre los mismos argumentos, ¿por qué estas meningopatías tan mal conocidas todavía no han de comportarse como las artropatías que conocemos tan bien?

Si no temiera incurrir en repeticiones, diría que las tuberculizaciones meningo-encefálicas deben comprender á veces ciertas convulsiones de la infancia, las cefaleas de la juventud, de la adolescencia, etc., con trastornos más ó menos marcados de la inervación, que indican un padecimiento, la mayor parte de las veces mal definido del cerebro y toda una serie de accidentes, en los que el síndrome de la meningitis clásica es el término último.

Médula, cerebro, reaccionan según su grado de envenenamiento. Lo mismo acontece con el sistema nervioso periférico, en el que se localizan neuralgias de intensidad y duración variables, y también neuritis rebeldes.

Las observaciones de este género son numerosas; Valleix, Guéneau de Mussy, Peter, habían señalado los trastornos nerviosos periféricos de la tuberculosis pulmonar sin indicar de una manera clara su etiología. Joffroy, Pierret, Raymond, Pitres y Vaillard, Carrière, etc., han publicado después

estudios importantes sobre estos accidentes nerviosos. Las investigaciones de estos autores confirman las ideas que defendemos.

Las mismas consideraciones se aplican al sistema muscular, á las vainas tendinosas, á las bolsas serosas, á los órganos genito-urinarios, á la piel, al tejido celular subcutáneo, etc.

Los edemas, las nudosidades reumáticas de la piel constituyen una de las manifestaciones abarticulares más aparentes del reumatismo tuberculoso.

He visto en otros casos exantema, eritema polimorfo y diferentes variedades de tubercúlides cutáneas, cuya naturaleza y caracteres han revelado desde hace algunos años los notables trabajos de Hallopeau, Darier, Brocq, etc.

En resumen : *El reumatismo tuberculoso abarticular determina como los otros reumatismos infecciosos ó pseudoreumatismos, las manifestaciones clínicas más diversas por su sitio y por su marcha. Hemos estudiado sólo algunas de ellas. Sin embargo, interesa todas las vísceras, todos los aparatos.*

¿En qué proporciones se encuentra? Investigaciones ulteriores determinarán su frecuencia, su marcha, sus caracteres, etc., que sólo hemos esbozado.

Uno de mis discípulos, el Dr. Trébeneau, ha probado en su tesis (ha hecho sus investigaciones en 100 tuberculosis médicas ó viscerales y en 100 locales) que en las tuberculosis viscerales y en las locales los casos de reumatismo articular son sensiblemente los mismos.

En las tuberculosis médicas (la mayoría de estos enfermos padecían tisis pulmonar.....	11 artralgias 5 reumatismos articulares agudos ó subagudos. 1 reumatismo crónico.
En las tuberculosis quirúrgicas.....	9 artralgias. 7 reumatismos articulares agudos ó subagudos. 1 reumatismo deformante.

Enfermedad atenuada, el reumatismo tuberculoso abarticular entraña, sean cuales fueren sus localizaciones, un pronóstico menos grave que las otras lesiones viscerales. No obstante, indica actos infecciosos cuya malignidad puede aumentar; es también con frecuencia el primer período de una infección más grave.

Resumiré este estudio por las proposiciones siguientes :

Existe un reumatismo tuberculoso abarticular con el mismo fundamento que el articular.

Uno y otro pertenecen á la clase de los reumatismos infecciosos ó pseudoreumatismos.

Las manifestaciones del reumatismo abarticular : cardiopatías, meningopatías, dermatosis, neuralgias, polineuritis, etc., tienen las particularidades siguientes :

1.ª Sobrevenir en el curso del reumatismo articular tuberculoso, pero también sin artropatía presente ó pasada.

2.ª Revestir con frecuencia formas atenuadas, reumáticas, de la tuberculosis, caracterizadas clínicamente por su movilidad, su gravedad menor, etcétera ; por último, por su curabilidad más fácil.

3.ª Provocar en los órganos afectados lesiones que varían desde la simple fluxión hasta la esclerosis incurable. Estas lesiones, la mayor parte de las

veces, nada tienen de tuberculosas, en el sentido anatómico de la frase; no se diferencian, como productos de reacción, de las alteraciones producidas por otras enfermedades infecciosas.

4.ª Ser debidas al bacilo (*tuberculides bacilares*), ó á sus toxinas (*toxituberculides*).

Tratamiento de la apendicitis. — El Dr. Lucas-Championnière: No creo que cirujanos que esperan para operar una apendicitis aguda sean tan numerosos, como podría creerse. Sin embargo, es indudable que se produce cierta reacción contra el impulso primero á operar á casi todos los enfermos *á la menor sospecha de apendicitis*. Esta reacción nos permite asistir al espectáculo siempre sorprendente de la oposición de los cirujanos que, algo recalcitrantes como yo al principio de la generalización exegerada de la operación, son considerados hoy como más sospechosos de practicar operaciones rápidas que los que al principio les habían acusado de demasiado tímidos en su ardor operatorio.

Es indudable que en la actualidad, en presencia de ciertas formas de apendicitis aguda, hay cirujanos que prefieren contemporizar para no exponerse por la intervención, estando el peritoneo inflamado, á difundir más lejos las lesiones infecciosas apendiculares y periapendiculares.

No admito este método de difusión, y creo que para las lesiones agudas apendiculares, las probabilidades de difundirlas no son mayores que las demás lesiones inflamatorias intraperitoneales, y que la intervención se expone siempre para la extirpación de un foco infeccioso ó para su abertura y su desagüe, siempre que la cosa sea posible.

Por consiguiente, en presencia de los síntomas de apendicitis aguda, sólo me preocupo de un problema, *el del diagnóstico*. Si el diagnóstico de apendicitis está confirmado, es preciso operar. No hay razón alguna para no hacerlo, pretextando el estado agudo.

Al principio me preocupó la cuestión del diagnóstico, á causa del gran número de errores de diagnóstico que había visto cometer; pero el diagnóstico se ha perfeccionado. Además, crean lo que quieran algunos de nuestros colegas, la apendicitis se ha multiplicado y el número de observaciones es mayor. Hemos visto desarrollarse casos de virulencia aterradora.

Creo que esta multiplicidad de hechos, estos casos de virulencia particular, se han presentado con apariencias á veces benignas. Hemos visto en ciertas épocas las apendicitis multiplicarse; nada tiene de extraño que estas multiplicaciones se produzcan en algunos años; creo que nada he dicho de exagerado al manifestar que la apendicitis es una enfermedad nueva. Para esta enfermedad nueva, las ocasiones se han multiplicado de observar casos infecciosos en alto grado con apariencias benignas.

Esta benignidad aparente la he observado hace poco tiempo en un individuo, en el que hubiera podido diferirse la operación. Encontré un apéndice gangrenado en su profundidad sin lesiones peritoneales aparentes. Un retraso insignificante, y el caso hubiera sido infeccioso en alto grado. He operado á una mujer que había tenido accidentes agudos sin fenómenos alarmantes al principio. Estaba intoxicada completamente, y hasta tuvo vómitos negros, á pesar de los cuales curó. El retraso más ligero en la operación hubiera ocasionado la muerte.

Es necesario operar, porque no tenemos gran cosa que temer de la difusión de los elementos sépticos en el peritoneo por nuestra operación, y en cambio tenemos que temerlo todo *de la infección por el foco apendicular*, sin que nos sea posible determinar de antemano los casos en que la infección es más temible.

No tenemos derecho de sorprendernos de estos casos infecciosos en alto grado, *á pesar de la falta de temperatura*, porque la experiencia de las otras operaciones abdominales nos enseña que en las complicaciones más sépticas, no debe atribuirse gran importancia á la temperatura que puede faltar en absoluto.

En presencia de una apendicitis aguda, estoy tan impresionado por la gravedad de los casos, que he modificado en absoluto mi manera de ver respecto á la operación.

No sólo pienso que en presencia de casos bien diagnosticados de apendicitis aguda no hay motivos para tergiversar, sino que creo que existen casos amenazadores, en los que ciertos síntomas nos permiten una laparotomía exploradora con sospechas de apendicitis más que con diagnóstico seguro.

He obtenido así algunos buenos resultados en casos dudosos de obstrucción intestinal, de peritonitis parcial, de tuberculosis del peritoneo, en los que no hubiera intervenido tan pronto si la sospecha de una apendicitis no me hubiese inducido á intervenir cuando lo hice. He sido inducido así á abrir el vientre, en el que no encontré el apéndice, porque no existía, pero sí lesiones pericecales con ganglios infartados en el mesociego

En los casos en que mi intervención inmediata no fué seguida de éxito, no puede culparse á la extensión de una peritonitis, á la que abrí la vía. Se trataba siempre de casos *ya antiguos*, en los que mi intervención no pudo contener *una infección muy avanzada*.

He visto, por el contrario, casos que parecían completamente desesperados, y en los que la abertura de los focos, con ó sin resección del apéndice, según la posibilidad, produjo la curación, que parecía increíble.

Ante la diversidad de las opiniones expuestas por algunos cirujanos sobre la posibilidad de esperar á que se enfríen los focos, me he preguntado si muchos colegas que operan principalmente niños, no habrán encontrado en ellos una sensibilidad peritoneal que les parecerá más amenazadora.

No hago un argumento, sino una observación, porque los casos que he observado en la infancia no me autorizan á esperar, al contrario.

Creo, por lo tanto, que en el caso de un diagnóstico seguro de apendicitis aguda, no hay razón alguna fundada para esperar. Si se opera después, la operación no por eso deja de ser grave. Para esperar el enfriamiento, nada nos autoriza á decir que tal estado sea seguido de un período de calma benéfico, y no de una intoxicación definitiva de la economía, como en los ejemplos referidos por el Dr. Dieulafoy.

¿Habrá una observación directa de tal ó cual microbio que permitirá esta espera según una virulencia prevista? Nada se sabe y es muy difícil creer que se llegue á conseguir. Si se admite la teoría del Dr. Dieulafoy sobre los espacios cerrados, deberá pensarse que microbios muy diferentes pueden llegar al máximum de exaltación.

Confieso que no soy muy partidario de esta teoría, porque he visto apén-

dices, muy abiertos con fenómenos acentuadísimos de intoxicación. Pero admito, que causas que desconocemos todavía, producen en este órgano fenómenos de virulencia extraordinaria, y por este motivo no podemos calcular de antemano estos fenómenos, y necesitamos suprimir el foco, ó al menos evacuarlo con la mayor rapidez posible como todos los focos de infección.

El Dr. P. Reclus: Creo que el Dr. Lucas Champonnière no expone con el rigor necesario los verdaderos argumentos de los que se llaman «los operadores pasado el período de agudeza», á los que no sigo en absoluto, pero que creo conveniente defender. No conozco escuela, no conozco cirujano, entre nosotros ni nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía, que operen siempre pasado el período agudo. En muchos casos intervienen en el período agudo en cuanto observan la gravedad de los accidentes. Me decía, al oir á los Dres. Dieulafoy y Lucas Championnière, que en casi todas las observaciones dramáticas que citaban como ejemplos, el acuerdo era fácil: todos, creo, hubiéramos operado sin tardar estos enfermos. Los operadores pasado el período agudo sólo se abstienen cuando están á cubierto por la vigilancia incesante de su enfermo y cuando no es de temer accidente alguno. Intervienen á la menor alarma.

Conozco muy bien el argumento que el Dr. Dieulafoy opone á sus adversarios y al que he contestado muchas veces. Sí, no sabemos lo que á la hora siguiente nos reserva una apendicitis, y una infección que sigue al parecer una marcha normal hacia el período crónico deseado, puede complicarse de pronto con accidentes temibles que arrebatan al enfermo, á pesar de una operación tardía. El Dr. Dieulafoy, con su discreción habitual, no ha querido citarnos estas observaciones deplorables, que conoce como todos nosotros, y que, por desgracia, no son excepcionales. Confieso que este argumento es de gran peso; muchas veces me ha hecho vacilar.

Sin embargo, no olvidemos ante todo, que cuando la apendicits principia con caracteres graves todos operamos; no olvidemos, sobre todo, que estas formas disimuladas, pérfidas, y que tranquilas al principio siguen de repente una marcha más grave; estas formas son, en definitiva, excepcionales, y casi siempre una apendicitis de gravedad mediana, se calma y llega sin accidente alarmante al período crónico completo. No olvideis, señores, las grandes ventajas que la operación en este período tiene sobre la operación en el de agudeza.

El Dr. Lucas Championnière dice que los operadores en el período crónico temen, al operar en el agudo, «dar un latigazo á la peritonitis». Jamás han pretendido esto, jamás han dicho que la operación es grave por sí misma. Conocen el precepto hipocrático: *ubi pus ubi evacua*; saben, al contrario, que á una espera sigue casi siempre la intervención. Lo que les hace abstenerse ante todo es que no hay siempre seguridad de extirpar el apéndice en las operaciones practicadas en el período de agudeza. Este apéndice está oculto por abscesos, por adherencias, por masas de linfa plástica que trastornan las relaciones y cambian el aspecto de los tejidos. En muchos casos el cirujano se ha visto obligado á detenerse sin extirpar el foco morboso. Y esto es un inconveniente gravísimo, porque el apéndice enfermo que queda en el fondo del foco puede á los seis meses, al año, á los dos años, re-

petir la serie de sus accidentes: una nueva apendicitis se declara con las mismas incertidumbres é iguales peligros.

Sé muy bien que una escuela declara que es necesario, entonces y siempre, buscar el apéndice hasta descubrirle y extirparle, pero aquí principia el peligro. Se desgarran las adherencias protectoras, se abre lo que los alemanes llaman el peritoneo «actual»: es posible así inocular secundariamente la gran serosa que las adherencias protegían, y en estos casos la operación, inocente en tanto se limita á abrir un absceso coleccionado, puede hacerse peligrosa. Por consiguiente, operación sin peligro, pero operación muchas veces incompleta, con la eventualidad de nuevas apendicitis; operación incompleta pero operación peligrosa, según prueban gran número de casos en los que estas exploraciones ciegas han provocado inoculaciones mortales.

A este primer argumento, dificultad y peligro de la operación durante el período agudo, eventualidad de dejar el apéndice enfermo en el foco, incintivo de una apendicitis nueva, los operadores durante el período crónico han añadido esta segunda: en el período agudo el desagüe del foco debe ser mayor; las paredes se reunen por segunda intención, la cicatriz no es sólida y la eventración es frecuente. Esta no es penosa sólo desde el punto de vista plástico; puede ser origen de trastornos numerosos, de los que los menores son los accidentes gástricos é intestinales. Con la operación en el período crónico nada de esto ocurre. Intervenís cuando las adherencias están formadas; las relaciones de los órganos se han restablecido, encontráis vuestro apéndice «anatómicamente» y lo extirpáis. No hay, por consiguiente, recidiva; y después de un modo metódico, con fácilidad, porque el desagüe es inútil, rehacéis las paredes, uniendo el peritoneo con el peritoneo, los músculos con los músculos, la oponeurosis con la aponeurosis, la piel con la piel; vuestra pared abdominal es tan sólida como antes de la intervención. Es esta otra ventaja de la operación en el período crónico que el Dr. Championnière ha olvidado señalar.

Señores, en esta cuestión creo que el acuerdo no es tan difícil como se cree. En primer lugar, todos operamos los casos de caracteres sospechosos. Sobre este punto no hay discusión; además, muchos de nosotros operamos cuando tenemos la suerte de ser llamados en las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; los abscesos apenas se esbozan, las adherencias son blandas; es casi seguro encontrar el apéndice, y por consiguiente, no es de temer una apendicitis y una operación nueva. Pero para proceder así, es necesario tener seguridad en el diagnóstico y éste es muchas veces difícil de hacer. En los casos dudosos, á menos de accidentes temibles, no me gusta intervenir. Quedan los casos de gravedad mediana en los que no somos llamados hasta el cuarto ó quinto día, lo que es raro. Me incluyo entre los operadores en el período crónico, porque sus argumentos, olvidados por los preopinantes, son de verdadero valor, y me abstengo de intervenir en el período agudo á condición de observar continuamente al enfermo y en un medio en el que la intervención inmediata pueda practicarse á la primera alarma.

El Dr. Lucas-Championnière: Manifestaré al Dr. Reclus que no he exagerado el número de los cirujanos que creen puede esperarse el período crónico de una apendicitis aguda, porque he dicho que no creía fueran muchos,

El Dr. Reclus no puede negarnos su práctica, porque ha pretendido explicarla por razones diferentes de las que he indicado. Ha entrado en detalles operatorios en los que no he querido entrar respecto á la posibilidad de extirpar ó no el apéndice.

Nada he dicho respecto á que los cirujanos que proceden así no tengan otra razón para hacerlo. Pero he dicho que el temor de transformar una inflamación limitada en otra más extensa, había sido el punto de partida de su práctica, y el Dr. Reclus no ha podido negarlo. Lo ha repelido bajo otra forma.

No he dicho que su práctica sea constante, que no tenga otra. He hablado de una tendencia de la que no participo y he indicado por qué razones no quiero dejar enfriar una apendicitis que veo en su estado agudo y bien diagnosticada, mientras que otros colegas, antes más intransigentes, siguen otra práctica.

El Dr. Dieulafoy: La comunicación importante del Dr. Lucas-Championnière ha venido á dar un apoyo sólido á la doctrina que recomienda operar la apendicitis en el período de agudeza, en una época lo más próxima posible al principio. Tal es, en efecto, la práctica racional y eficaz, la que cuenta hoy con casi todos los sufragios, mientras que la que consiste en retrasar la operación hasta que la apendicitis se hace crónica expone á grandes desengaños y á grandes peligros.

La evolución que está en vías de hacerse, respecto á las indicaciones operatorias de la apendicitis, es la consecuencia natural de los trabajos que desde hace años, han hecho conocer mejor la enfermedad. De aquí una nueva orientación.

Si miramos hacia atrás, vemos que en una época no muy lejana, el peligro de la apendicitis no dependía al parecer más que de la perforación del apéndice (la *perforitis*, como la llamaba Peter) con la peritonitis sobreaguda consecutiva. Todo el interés se concentraba entonces en el peritoneo y se vigilaba la aparición de la peritonitis para intervenir de un modo útil.

Después se observó que en muchos casos los síntomas de la apendicitis son similares, subintrantes, están fusionados hasta el punto que es imposible decir en qué momento principia la peritonitis. Además, fué posible demostrar, con ejemplares histológicos y bacteriológicos que los agentes patógenos, cuya virulencia se ha exaltado en la cavidad apendicular cerrada, atraviesan las paredes del apéndice y provocan así peritonitis á veces terribles, sin que se pueda descubrir rastro de perforación en las paredes. Se hizo innegable que la operación practicada por la peritonitis debe ceder el paso á la operación que tiene por objeto el foco apendicular.

Después se estudiaron más detenidamente las infecciones lejanas, no las próximas del peritoneo, sino las terribles infecciones purulentas del hígado (hígado apendicular), las infecciones purulentas á veces mortales de la pleura (pleuresía apendicular), las infecciones del pericardio, del pulmón, etcétera. La patogenia de estas infecciones lejanas fué adivinada. Se las sorprendió en flagrante delito; se vió que nacen no de la peritonitis, sino del foco apendicular. Lo que importa, por lo tanto, desde el punto de vista del éxito operatorio, es no sólo atacar el peritoneo, sino, ante todo, *suprimir á tiempo* el foco apendicular origen de todas estas infecciones.

Ha sido posible, por último, poner en evidencia la *toxicidad* y demostrar que el foco apendicular mata por la toxina de elaboración tanto como por los agentes infecciosos cuya virulencia exalta. Esta toxina es la que produce las lesiones múltiples renales, hepáticas, gástricas, y contribuye en alto grado á los accidentes mortales de la apendicitis.

De este modo la peritonitis fué destronada del sitio preponderante que ocupaba; no es más que una de las complicaciones innumerables de la apendicitis. El peligro no radica sólo en el peritoneo, sino en toda la economía que puede ser infectada é intoxicada por el foco apendicular. Así que la intervención quirúrgica debe tener por objeto suprimir ante todo y sobre todo este terrible foco.

Nunca se repetirá lo suficiente: dejarse hipnotizar por la peritonitis y esperar para operar á que la apendicitis pase al estado crónico, es seguir una vía falsa. El principio de la sabiduría no es el temor de la peritonitis, sino del foco generador. Proceder de otro modo es dar á la terrible toxi-infección tiempo de difundir una enfermedad terrible, y á veces irremediable. Todos los días hay ejemplos que lamentar.

(*Bull. de l'Academie.*) — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 *de Julio de* 1902.

Tratamiento de la ectopia testicular. — El Dr. Carlier: La comunicación del Dr. Mignon sobre este asunto es la que me hace tomar la palabra. Cuando se opera á un adulto no suele conseguirse el descenso del testículo más que por la sección de todos los tejidos incluso la arteria espermática. En ciertos casos he cortado también la arteria deferente y la funicular, y no sobrevino la atrofia á causa de la anastomosis descrita por Colles. Si no existe esta anastomosis la atrofia sobreviene.

El Dr. Mignon: He aconsejado el procedimiento referido como aplicable únicamente cuando no pueden emplearse los restantes. Procedo así considerando que es peligroso dejar el testículo cerca del pubis ó rechazarle en el vientre, y que la castración es una operación defectuosa. Cuanto á los resultados, puede observarse en la actualidad que en mis tres enfermos, operados hace ya algunos meses, los testículos siguen siendo voluminosos y sensibles. Espero que en el porvenir nada habrá que lamentar.

Cálculo vesical extraído por la talla suprapubiana. — El Dr. Potherat: El cálculo que presento fué extraído por el Dr. Matsoukis (de Constantinopla) á un beduino de veintiséis años. El enfermo venía padeciendo anuria desde hacía algún tiempo. A pesar de las condiciones tan desfavorables para la operación, la talla permitió extraer un cálculo de 50 gramos; se suturó la vejiga, y por espacio de cuarenta y ocho horas las consecuencias operatorias fueron excelentes; pero en un descuido de los enfermeros, el operado se quitó el apósito y se levantó. El enfermo tuvo vómitos y fiebre, pero estos fenómenos cedieron, y á los quince días la curación era completa.

Necesidad de extirpar el apéndice en la apendicitis.—El Dr. Poirier: Esta observación ha sido comunicada por el Dr. Gilis de Montpellier, quien, en un joven, que padecía desde tres días antes apendicitis, incindió un absceso pericecal. Fué imposible encontrar el apéndice; la herida quedó fistulosa durante tres meses. Al poco tiempo hubo una primera recidiva, y los accidentes desaparecieron á beneficio de otra nueva incisión; en los meses siguientes hubo dos nuevas recidivas con abertura espontánea del absceso. Nuestro colega consiguió, por último, extirpar el apéndice, y la curación fué desde entonces definitiva. Este hecho prueba una vez más que la operación debe ser definitiva.

Resultados lejanos de la extirpación del recto canceroso por la vía abdomino-perineal.—El Dr. Quénu: He operado por la vía abdomino-perineal siete mujeres que padecían cáncer del recto. Una de ellas murió al poco tiempo; de las otras seis, una, al poco tiempo, tuvo recidiva en el hígado; de las cinco restantes, una murió á los tres años y medio á causa de hemorragia cerebral, comprobada en la autopsia, y las otras cuatro viven y se hallan actualmente en buen estado de salud.

Gastrostomía por el procedimiento de la torsión.—El Dr. Schwartz: Aunque he empleado siempre, por lo general con éxito, el procedimiento del hojal para la gastrostomía, he tenido á veces que luchar con algunos inconvenientes de este método. En dos enfermos he ensayado el procedimiento de gastrostomía por torsión, descrito por Souligoux. La primera vez la empleé en un viejo de sesenta y cinco años; me costó gran trabajo encontrar la mucosa. A los ocho días hubo desunión superficial de la fístula, sobrevino con rapidez la caquexia y el enfermo murió.

El segundo enfermo, de cincuenta y seis años, más resistente, fué operado por el mismo Souligoux, costándole gran trabajo penetrar en el estómago. Creo, por lo tanto, que, aunque este procedimiento tiene ventajas, tiene también el inconveniente de ser difícil encontrar la mucosa, y después se observa rubicundez del orificio, debida, sin duda, á las pocas gotas que caen de la sonda cuando se la extrae. Por esta razón, sigo siendo fiel al procedimiento antiguo, que es rápido y no desmerece de los demás procedimientos.

El Dr. Guinard: Lo he empleado seis veces y jamás he tenido dificultad alguna para incindir la mucosa; pero es necesario coger bien con las pinzas todas las túnicas del estómago para incindirlas de un golpe. De mis seis operados, cuatro murieron en los meses siguientes á la operación. Los otros dos viven y se encuentran en buen estado. En ninguno de ellos he observado rubicundez de la boca cutánea de la fístula.

El Dr. Monod: Creo que debe conservarse el procedimiento antiguo. La estrechez que sobreviene en algunos casos, se remedia con facilidad. Uno de mis enfermos, operado hace siete años, se encuentra bien.

El Dr. Reynier: El procedimiento de la torsión permite alimentar los enfermos con más facilidad; para evitar la rubicundez, basta lavar la boca de la fístula, después de emplearse la sonda, y espolvorearla con bicarbonato de sosa.

El Dr. Poirier: La dificultad de coger la mucosa, la necesidad de hacer una buena presa y la seguridad únicamente igual de este procedimiento desde el punto de vista de la continencia, son razones que no la harán preferir.

(*Le Bull. medical*).—Codina Castellví.

PERIÓDICOS

Nuevo método de respiración artificial.—En un niño que nació en estado de muerte aparente, y en el que fué imposible recurrir á las tracciones rítmicas de la lengua por ser este órgano muy corto y estar cubierto de mucosidades viscosas, recurrió el Dr. Podzechowski al procedimiento siguiente: introdujo los dedos índice y medio de la mano derecha en la boca del niño y el pulgar lo aplicó sobre el mentón, ejerciendo así tracciones rítmicas sobre la base lingual por medio de movimientos de atrás á adelante. De este modo, además de la dilatación intermitente de la laringe, excitó los filetes nerviosos sensitivos, excitación susceptible de despertar los movimientos respiratorios. Bajo la influencia de estas maniobras, la criatura tardó poco en respirar naturalmente.—(*Le Bull. medical*).—F. Toledo.

Tratamiento de la blenorragia aguda. — Este tratamiento, recomendado por el Dr. H. Klotz, varía según que la blenorragia se halle en su principio ó cuente algunos días de fecha. Emplea para hacer inyecciones en ambos casos una jeringa de 3 centímetros cúbicos de capacidad, con cánula de goma en forma olivar, pero cuyo orificio, en vez de hallarse en el extremo de la cánula, se halla en su cara lateral. El calibre de la cánula es del núm. 16 al 18 de la escala de Charrière. Si la blenorragia se halla en el primer período, se manda orinar al enfermo y después el médico introduce la jeringa indicada á 8 ó 10 centímetros del meato, aplica sobre éste algodón en rama, para evitar que se ennegrezca el prepucio con el líquido inyectado, comprime con los dedos los labios del meato, á fin de impedir la salida del líquido, é inyecta 3 centímetros cúbicos de una disolución de nitrato argéntico al $^1/_4$ ó $^1/_2$ por 100 ó de protargol al 2 ó 4 por 100. Se empieza por inyectar una disolución débil. Si el escozor producido es ligero, se inyecta acto continuo otra disolución más concentrada. El líquido inyectado, á causa de la disposición de la abertura de la cánula, refluye de atrás á adelante en el conducto uretral. Por la tarde el enfermo se hará, empleando una jeringa común, dos inyecciones con la mezcla siguiente, teniendo cuidado de agitar antes la mezcla:

Acido bórico		15 decígramos.
Acetato de plomo	aa	75 centígramos.
Sulfato de zinc	aa	75 centígramos.
Glicerina		5 gramos.
Agua		120 —

El segundo y tercer día el mismo tratamiento. El cuarto sólo tres inyecciones astringentes; el quinto y sexto una inyección argéntica y dos astringentes; el séptimo nada de tratamiento; el octavo una inyección argéntica, con la que la curación suele ser completa y definitiva.

Si la blenorragia tiene ya algunos días de existencia, se inyecta cada tres ó cuatro días, con la jeringa indicada, una disolución de nitrato argéntico al $^1/_8$ por 100 ó de protargol al 1 por 100, y en los intervalos hace el enfermo las inyecciones con la mezcla astringente citada. Además, se administra el sán-

dalo, y para combatir los fenómenos inflamatorios, el paciente toma cada dos ó tres horas una cucharadita de la preparación siguiente:

Salicilato de sosa	12 á 15 gramos.
Extracto de belladona	15 á 20 centígramos.
Agua destilada de menta piperita	100 gramos.

Con este tratamiento cura en poco tiempo la blenorragia y se evitan las complicaciones, epididimitis, prostatitis, cistitis, etc., frecuentes cuando se afecta la parte posterior de la uretra.

(*Arch. f. Dermatol. und Syph.*). — F. Toledo.

Nuevo procedimiento operatorio de las hemorroides.—El Dr. J. Potarca emplea el procedimiento siguiente: Anestesiado el enfermo por el cloroformo, el éter ó bien por la raquicocainización, se le coloca en la posición de la talla, se le introduce en el ano un dilatador, se abren sus valvas y se desliza en el recto un cilindro de lienzo de 8 á 9 centímetros de longitud por 3 y medio de diámetro, extrayendo entonces el dilatador anal. El cilindro referido se sujeta con una mano, y después se aplican en el contorno del ano una serie de alfileres de Carlsbad, introducidos oblícuamente de fuera á adentro y á un centímetro de distancia; estos alfileres se introducen de modo que atraviesan la margen mucotegumentaria del ano y el cilindro de lienzo. Se incinde en sentido circular la margen anal detrás de los alfileres, tirando del cilindro de lienzo para poner tensos los tegumentos. Estos son rechazados hacia atrás, y el cilindro mucoso, fijo al del lienzo, se dirige hacia adelante. Una vez extirpados los vasos enfermos, se deja entrar en el ano el cilindro mucoso y se dan algunos puntos de sutura en los labios de la herida mucotegumentaria. Cuando las lesiones llegan á bastante distancia del recto ó las hemorroides van acompañadas de prolapso, se reseca la zona enferma por una incisión circular de la mucosa y se sutura el intestino á la piel.

(*Revue de Chirurgie*). — R. del Valle.

Tratamiento de la úlcera venérea. — El Dr. E. Szanto, de Budapest, recomienda contra la úlcera venérea la fórmula siguiente:

Acido salicílico	1 gramo.
Vaselina	30 —
Tintura de benjuí	2 —

Primeramente debe lavarse la úlcera con una disolución de sublimado y después curarla con gasa impregnada en la preparación referida. La cura permanece cuarenta y ocho horas ó menos, según la abundancia de la secreción. Esta cesa con rapidez y la úlcera tarda poco en curar.

(*Bull. génér. de thérap.*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LOCURA HISTÉRICA

POR EL

DOCTOR DON VICENTE OTS Y ESQUERDO

Exmédico-Director del Manicomio Provincial de Vizcaya.

La presente nota clínica no envuelve en modo alguno el propósito de consignar un éxito terapéutico personal que, si es por lo general emulativo al estusiasta optimismo del novel médico, resulta también anodino para los que hemos cosechado profusas y caducas canas en el ejercicio profesional. Si no ofreciese más que esta finalidad, ni emborronaríamos estas páginas, á todas horas enaltecidas por brillantes y originales pensamientos de eximios Profesores que, fieles al ideal progresivo de nuestra ciencia, nos ofrecen las instructivas ideas elaboradas en las recónditas profundidades de su cerebro, ni mucho menos robaríamos un tiempo precioso á los ilustrados lectores de la REVISTA, obligándoles á leer algo que podría interpretarse como reprobado reclamo.

Las magistrales enseñanzas acerca del histerismo neurósico ó psicopático del inmortal Charcot son hoy tan clásicas en el ambiente médico, han destacado tan claramente á este Proteo de la neurología, y han educado y perfeccionado á la presente generación de tal modo en su conocimiento, que con orgullo podemos afirmar ha desaparecido de nuestra clase la incompetencia para diagnosticar y tratar esta neurosis, gracias á las observaciones é investigaciones experimentales del gran *Maestro de la Salpêtrière* y á la propaganda de esa entusiasta pléyade de sus discípulos, hoy convertidos en sabios neurólogos.

Bien es cierto que la organización histérica está abocada á lo im-

previsto, y en este sentido el índice de sus anomalías no se cerrará en mucho tiempo, porque siempre tendremos ocasión de observar algo ignorado. Podríamos aportar aquí datos de esta naturaleza; mas sólo indicaremos la anormalidad de salirle en la actualidad *dos incisivos superiores nuevos* á una lipemaníaca histérica de *veintiún años* que tratamos hace un mes en familia.

Sentada la anterior premisa axiomática, comprenderáse que nuestro objetivo dista mucho de la especificación detallada de la evolución y resultado curativo de esta enfermedad, por no concederla el mérito de la publicidad. La determinante de someter este caso á la consideración de nuestros comprofesores radica en la convicción íntima, adquirida durante nuestra observación, de que ofrece dos enseñanzas elocuentes: una, la ineficacia del hipnotismo en las psicopatías; y otra, la modificación impuesta en la teoría de Tamburini acerca de las alucinaciones.

Al consignar en el prólogo lo que tiene marcado su sitio en el epílogo, obedecemos á la idea de disculpar lo incompleto de la observación en los extremos extraños á estos dos objetivos, y á concentrar la atención en el examen fisiopatológico y psicoterápico.

El 17 de marzo último se presentó en nuestra consulta A. J., de veintidós años y soltera, con expresiva recomendación del eminente tocólogo bilbaíno Dr. Gil y Gorroño, para que tratásemos su afección.

Si en todo momento investigamos cuidadosamente la sintomatología del paciente, avivamos la reflexión para interpretar con exactitud el lenguaje patológico y aguzamos nuestros recuerdos terápicos á fin de devolver la salud á quien busca nuestro concurso por recuperarla, cuando esta solicitación va acompañada, como en el presente caso, del ruego de un compañero nuestro, la actividad se duplica y el interés por alcanzar el bello ideal curativo se centuplica. Por este motivo dedicamos entonces preferente atención á esta enferma.

Nada comprobamos en los ascendientes de A., justificativos de la determinación de la presente psicopatía, ni tampoco en sus antecedentes personales, puesto que no padeció enfermedad alguna y estaba bien reglada, á no ser ligeras molestías histeriformes que venía presentando desde hacía un año.

Al simple examen de la paciente, descubríase en su semblante la existencia de profunda perturbación psicológica de carácter depresivo. El aspecto sombrío, mirada vaga y desconfiada y concentra-

ción fisognomónica hacia indeterminados puntos, eran bastante significativos para inclinar nuestras presunciones en este sentido.

Exploradas las funciones somáticas, encontramos el pulso duro, pequeño y de normal frecuencia; las pupilas algo paréticas ante el reflejo lumínico; notable disminución del campo visual; anestesia faríngea; sensación de bolo histérico; ligera exaltación del reflejo rotuliano; obtusión sensitiva dolorífica y de contacto en el lado izquierdo; motilidad normal; retardo en las digestiones, con estreñimiento y agripnia.

En el orden mental observamos una tendencia sistemática á permanecer aislada y retraída, originada por su arraigada convicción de considerarse irremisiblemente *condenada* y sin esperanza remota de poder conseguir un auxilio favorable de la religión. Interrogada acerca de los fundamentos de su concepto delirante, nos manifestó que desde hacía tres meses oía bien clara y distintamente voces que partían del cielo y la llamaban *condenada*.

Dada la lucidez mental y su disposición favorable por la curación, consideramos el caso apropiado para aplicar con fruto el procedimiento psicoterápico, tan recomendado por la escuela de *Nancy*, y poder, de este modo, rectificar nuestra antigua convicción acerca de la ineficacia del recurso de los Fakirs de la India en las psicopatías. Semejante oposición la hemos deducido, no de prejuicio de adversario ó animadversión de sectario, sino de la observación de infinidad de enajenados á quienes sin resultado útil llevamos sometiendo, hace años, á dicho tratamiento.

Durante siete sesiones de hora y media y en días consecutivos, aplicamos á A. J., todos los procedimientos aconsejados por la hipnología para la determinación del sueño provocado, sin lograr en ningún momento el más insignificante vestigio de hipnosis. En varias sesiones mantuvimos, por espacio de cuarenta minutos seguidos, el estrabismo convergente interno, valiéndonos del primitivo y clásico procedimiento de la fijación de la mirada, y en todas ellas quedaba la enferma con un poco de deslumbramiento, pero con idéntica vigilia que al principio del experimento. Cuantas veces practicamos la compresión de los globos oculares, no nos fué nunca posible apreciar esa convulsibilidad de los ojos, indicante del comienzo de la hipnosis y que á nosotros nos sirve de medio para interrumpir el experimento en determinadas histéricas, en las cuales hemos observado en ocasiones un peligro gravísimo, no indicado hasta el presente por ningún autor, y que será motivo de ulterior

trabajo nuestro. También hemos de consignar el dato proporcionado por la madre y hermana de la enferma, que, efecto del trional á que la teníamos sujeta, cuantas veces se la dejaba durante el día sola y sentada, solía dormirse, circunstancia digna de tenerse en cuenta en virtud de que la somnolencia desaparecía en el experimento hipnótico. Y, por último, apuntaremos el hecho de que, á pesar de sugerirla durante todas nuestras intervenciones la desaparición de las alucinaciones auditivas y la convicción delirante, la encontrábamos siempre al terminar mejor armada de razones corroborantes de la pretendida realidad de las voces oídas.

Aunque no registrásemos en nuestra práctica numerosos fracasos como el indicado, creemos que el apuntado es sobradamente significativo y concluyente para rechazar de plano la utilidad de la psicoterapia hipnótica en las afecciones mentales, por reunir esta enferma condiciones excepcionales y una constancia en el empleo del recurso terapéutico que destierran toda eventual indecisión en la interpretación del hecho clínico.

El síndrome somático antes indicado, la lucidez mental y la integridad aparente de todo el modalismo psicológico, colocan á esta psicópata en la categoría de histérica prototipo. En tales condiciones, ninguna organización cerebral mejor dispuesta podríamos encontrar para la eficacia de la experimentación. Este hecho, evidenciado primeramente por Charcot, constituye hoy una noción vulgar, y pocos médicos habrá que al practicar el hipnotismo no hayan observado la adaptabilidad de estos neurósicos, que en ocasiones pasan con pasmosa rapidez, aun en la primera sesión, de la vigilia á la hipnosis.

Esta consideración, unida á la perseverancia indudable con que aplicamos el procedimiento hipnoterápico, nos evidencia claramente la conclusión que desde antaño nos habían enseñado nuestras observaciones y experimentaciones clínicas: el rechazo sistemático del cerebro humano ante la sugestión exógena, cuando su funcionalismo está perturbado por la invasión de una psicopatía.

Aunque infinidad de reputados mentalistas han consignado en sus publicaciones esta deducción, no las invocamos aquí para no salirnos de los límites de la consignación de una nota clínica, invadiendo el caliginoso y apasionado debate entre valiosas opiniones contradictorias campeantes en la actualidad y que tienen señalado su sitio en las Academias ó el Congreso.

La deducción fisiopatológica es para nosotros más importante que la terapéutica.

Entre los diversos recursos utilizados para la provocación de la hipnosis, empleamos la sedación del nervio coclear, valiéndonos de dos relojes de bolsillo, aplicados á los pabellones auditivos. Entonces pudimos corroborar un dato observado anteriormente en varios enajenados alucinados, tratados en familia ó en el Manicomio por nosotros, cual es la cesación de las alucinaciones auditivas, mientras el *tic tac* del reloj percutía el tímpano. Este fenómeno, al parecer vanal, tiene en nuestra opinión una significación importante en la patogenia de la alucinación.

Las discusiones científicas entre las teorías fisiológicas de la alucinación de Esquirol y Lelut ó *psicológica*, de Foville y Luys ó *subcortical*, y de Baillarger y Ball ó *psicosensorial*, cesaron en el momento que invocó Tamburini su teoría, que llamamos *somatófuga*, hoy aceptada sin reparo por la absoluta mayoría de los frenópatas.

No es éste el sitio apropiado para examinar y compulsar los fundamentos de la opinión del sabio alienista italiano, y por lo mismo sólo nos circunscribiremos á las restricciones impuestas por el fenómeno consignado.

La exclusiva concedida por esta teoría al eretismo de los somas de la primera circunvolución temporal, no está justificada ante esta suspensión de las proyecciones patológicas psicosensoriales, efecto de la impresión monótona de las células ciliadas del órgano de Corti, porque de ser aplicable la opinión de Tamburini á la existencia de este hecho anómalo, debía subsistir en tales condiciones el fenómeno del ranversamiento del recorrido de la impresión acústica evocada espontáneamente, que significa y representa la producción de la alucinación con arreglo á dicha doctrina.

Dentro del criterio localicista de ésta no nos explicamos cómo una impresión especial del ganglio espiral del caracol pueda inhibir la descarga celulífuga productora de la alucinación, dada la gradación de agrupaciones ganglionares intermedias existentes entre las estaciones periférica y central del neuroma acústico.

Seguramente en la teoría de la polarización dinámica del sabio histólogo Cajal, existen fundamentos demostrativos de nuestro modo de pensar, que no abordamos por no ser de nuestra competencia; pero sí nos atreveremos á apuntar la conquista de la moderna histología de que la especialización de los aparatos sensoriales depende y es debida al perfeccionamiento y diferenciación de las terminacio-

nes periféricas, porque esta adquisición significa un ariete que abre profunda brecha en la construcción psicológica del moderno y unánime concepto de la alucinación.

Imprimiendo la terminación ciliada del nervio coclear, la característica específica acústica á las ondulaciones etéreas cósmicas que le impresionan, y por lo tanto, abrogándose principal representación en el fenómeno fisiológico de la audición, ¿por qué razón le hemos de despojar de toda intervención en la determinación de la alucinación, siendo ésta una manifestación ora patológica ó bien fisiológica?

No resucitaremos aquí la serie de objeciones que durante todo el pasado siglo se dirigieron á la teoría de Esquirol, todas ellas aplicables á la de Tamburini, puesto que es el mismo concepto apoyado en la doctrina localicista en vez de la psicológica, porque transformaríamos el bosquejo clínico en lección patológica; pero sí insistiremos en consignar las modificaciones impuestas en la actual noción patogénica de la alucinación, en virtud del dato clínico observado por nosotros en esta enferma y en atención á los recientes descubrimientos aportados por la histología al conocimiento de la fisiopatología sensorial, las cuales inclinan nuestra adhesión á la teoría ecléctica de Ball y Baillarger, que en nuestra modesta opinión explica claramente la producción de la alucinación en todas sus fases y variantes.

Para terminar, sólo indicaremos que bastaron dos meses de medicación sedante, tónica, hipnótica é histeroterápica, proporcionada por el bromuro potásico, ácido arsenioso, trional, cloruro de oro y persuasión, para que despareciera la alucinación auditiva, rectificase su concepto delirante y recobrase esta enferma la salud en términos tales, que en la actualidad se dedica libremente á sus habituales ocupaciones y reconoce lo erróneo y morboso de la borrada creencia de la condenación.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE UNA EPIDEMIA DE SARAMPIÓN

POR

RAMIRO ARROYO SAMANIEGO

Médico Titular de Béjar.

Durante la epidemia de sarampión que ha invadido la población este año, he asistido 147 enfermos, de los cuales pertenecen 115 al 4.° distrito.

Los dos primeros casos corresponden á dos niñas, que fueron invadidas el 25 de abril, y que procedían de un foco infeccioso del tercer distrito, ingresando en el cuarto en período de incubación. No ocurrieron nuevas invasiones hasta el 17 de junio, desde cuya fecha la epidemia se desarrolló con bastante intensidad hasta fin de julio.

La casi totalidad de atacados han sido niños de uno á ocho años; sobre todo de dos (30 casos), de cuatro (30 casos), y de cinco (22 casos). Sólo he observado un caso en adulto (hombre de treinta y ocho años). El de menor edad ha sido un niño de seis meses.

El número de varones ha sido 88, el de niñas 59. Ninguno de los atacados había padecido antes la enfermedad.

El contagio ha sido evidente en la mayor parte de los casos. Un niño atacado de la enfermedad en una familia donde hay varios, ha contagiado á sus hermanos que antes no lo habían padecido, quedando libres los que ya antes habían contraído esta fiebre eruptiva.

Aunque el período de incubación es difícil determinar con exactitud, puede decirse que en algunos casos ha sido de más de diez días.

Respecto al período prodrómico he observado que en bastantes casos ha faltado el catarro óculonasal, pero nunca el bronquial, ni la fiebre, más ó menos elevada. Un carácter particular del período prodrómico en esta epidemia ha sido la presencia de anginas, no el enantema bucal de Koplik, propio del período de invasión, sino anginas verdaderas, con hipertrofia de las amígdalas, que persisten todo lo que dura la enfermedad general y á veces más, y que llegan á hacerse pultáceas y hasta gangrenosas. Treinta y seis niños afectados de sarampión han tenido también anginas. Al principio parece que va á tratarse de escarlatina, pero luego brota francamente el sarampión. Probablemente la existencia de anginas en esta ocasión debe interpretarse como una afección independiente, cuya aparición está favorecida por las condiciones especiales del sujeto, en estado

catarroso general, pues al mismo tiempo se han presentado casos de anginas en enfermos sin sarampión, sobre todo al finalizar la epidemia, como si los gérmenes productores de la angina, débiles al principio, necesitaran para los primeros casos un terreno excelente y una vez cultivados en él, adquiriendo mayor virulencia, pudieran ser aptos para producir angina en otro en que primeramente no pudieron desarrollarse.

La erupción ha sido en general, normal; algunas veces ha ido precedida claramente de un descenso considerable en la temperatura. En un caso (niña de seis años), se ha presentado *á la vez* en todas las partes de la piel, precedida de una erupción pálida de granitos ó pápulas pequeñas acuminadas, muy visibles, existentes desde luego en la cara, manos y piernas. En un niño de un año la erupción tomó á las veinticuatro horas aspecto de color violáceo, pero sin equimosis. De las complicaciones, la otitis sólo se ha presentado una vez (niño de seis años) en el oído izquierdo; la conjuntivitis flictenular tres veces (niña de diez meses, niño de tres años y niña de un año; en esta última hipopión); la estomatitis ulcerosa cinco veces; una vez el noma (niño de dos años); la enteritis no ha sido muy frecuente, ni atribuible con seguridad á la fiebre eruptiva, sino también á la dentición y á la estación; en dos casos, sin embargo, puede afirmarse que dependía de aquélla (niño y niña de dos años); en dos casos (niña de cuatro años y niño de cinco) hubo laringitis, simulando el crup.

La bronconeumonía se ha presentado veinticuatro veces (niños de diez meses á seis años); en dos casos (niño de tres años y niña de seis) persistió cinco y cuatro semanas respectivamente, terminando con síntomas de tuberculosis pulmonar aguda.

En un niño de cuatro años, después de la erupción, se presentaron síntomas de meningitis.

De los 147 atacados han muerto 21, lo cual da una proporción de 14'2 por 100, próximamente igual á la obtenida por Comby en el hospital Trousseau (14'4 por 100).

La mortalidad se distribuye de este modo:

Menores de 1 año.	18 atacados		5 defunciones		(por bronconeumonía).
De 1 á 2 años.....	10	—	6	—	(4 por bronconeumonía; 2 por angina).
De 2 á 4 años.....	30	—	5	—	(3 por angina; 1 por bronconeumonía; 1 por tuberculosis).
De 4 y de 6 años..	31	—	5	—	(1 por meningitis; 1 por tuberculosis; 2 por angina; 1 por bronconeumonía).

Se ve que la angina ha ocasionado 7 defunciones, lo cual merece que investiguemos la naturaleza.

¿Se trata de angina diftérica? Si nos atenemos á la opinión de los modernos autores es *de todo punto imposible* resolver la cuestión sin el examen bacteriológico, sobre todo en anginas que complican á las fiebres eruptivas y más que nada en la escarlatina.

La clínica, por sí sola (dice Dieulafoy), es insuficiente para llegar al diagnóstico de angina diftérica. Jaccoud, Landouzy y otros muchos clínicos son del mismo parecer. Ni el modo de empezar la afección, ni la intensidad de la disfagia, ni los caracteres ni la evolución de las falsas membranas, ni su tendencia invasora, ni la infiltración ganglionar, ni la albuminuria, son datos para afirmar categóricamente que una angina es diftérica.

Verdad es que en estos casos la angina ha producido la muerte; mas también es verdad que sólo la ha producido 7 veces de 36, y que de los 7 atacados de anginas sin sarampión, en ninguno ha sobrevenido la muerte á pesar de haber adquirido en algunos caracteres graves; enfermos de sarampión, con anginas graves, pronóstico más sombrío, aunque no sea la angina diftérica.

Prueba de que no se considera á la clínica suficiente para diagnosticar la angina diftérica son las estadísticas publicadas por varios investigadores. Roux y Yersin, de 52 anginas de apariencia diftérica, encontraron que 19 no lo eran en realidad; lo mismo encontró Morel, en 20 casos de 86 anginas tenidas por diftéricas; Martín, de 112 enfermos enviados á la sala de diftéricos del Hospital de Niños Enfermos encontró que 36 no tenían difteria; Mdm. Bonnier, Baginsky, Hallock Park y Koplik obtuvieron resultados análogos. Así, pues, antes de decidirse por la afirmativa ó por la negativa, hay que recoger datos de toda clase.

Mi opinión en estos casos, aunque falta el examen bacteriológico, es que no se ha tratado de difteria. Además de las razones antes indicadas añadiré que las curaciones (todos los casos en que la angina evolucionó sola, y 29 en que acompañó al sarampión) se ha obtenido merced á un tratamiento local por medio de curas con glicerina boratada (10 por 1) ó salicilada (50 por 1), y que en un caso que se empleó el suero antidiftérico (20 cent. cúb.) no se pudo evitar la muerte.

Se ha tratado, á mi entender, de anginas gangrenosas, debidas á microorganismos no específicos, las cuales han adquirido tal carácter por las malas condiciones del organismo y han producido la

muerte por una consecuencia natural de la extrema virulencia de los gérmenes y de la escasa resistencia de los enfermos.

En cuanto al tratamiento profiláctico del sarampión hay que tener en cuenta que esta enfermedad es más contagiosa al principio, esto es, durante el período prodrómico, que durante la erupción y la descamación ; al contrario de lo que sucede en la escarlatina, que lo es sobre todo en los dos últimos períodos. A esto es debido el que de ordinario, cuando somos llamados para asistir á un enfermo de sarampión, están ya contagiados otros niños que han estado próximos á él ó en su contacto, porque generalmente encontramos á los enfermos en período eruptivo. Entonces, si no es de ningún modo supérfluo el aislamiento, lo frecuente y casi constante es su inutilidad. Débese, sin embargo, aislar al enfermo, sobre todo en casos graves.

En la mayoría de los enfermos que he tratado ha sido de todo punto imposible el aislamiento, porque donde hay varios hijos y uno de ellos enferma de sarampión y no se dispone más que de una habitación para toda la familia, antes que enviar á los niños libres á otra casa indemne en donde es casi seguro que manifiesten la enfermedad, por venir ya en período de incubación, es preferible que permanezcan junto al enfermo, y así en lugar de varios focos no se tiene más que uno. A este propósito ya he dicho que los dos primeros casos presentados en el 4.° distrito fueron dos niñas que procedían de un foco infeccioso y que se encontraban en aparente salud, pero ya estaban contagiadas, pues apareció la erupción á los cuatro días.

Respecto al tratamiento de la enfermedad, ya se sabe que en el sarampión, como fiebre de ciclo evolutivo no se puede hacer otra cosa más que evitar las complicaciones y combatirlas si se presentan ; allanar el camino, cuidar de que no haya tropiezos. Para conseguir este objeto las condiciones higiénicas ocupan aquí lugar preferente : limpieza, ventilación, temperatura de 18 á 20°, dieta láctea. Si á más de esto se consigue vencer la perniciosa y arraigada costumbre de abrigar excesivamente al enfermo con ropas ásperas que provocan sudores asfixiantes, se tiene andado la mitad del camino ; conviene que el enfermo tenga ropa interior que cubra casi toda la piel, pero en cuanto á ropa de cama basta con poca. Estas condiciones higiénicas, algunos lavados de ojos y boca con disolución bórica, y algunas cucharaditas de jarabe de tolú, si la bronquitis es algo intensa, ha sido lo prescrito únicamente en los casos ordinarios.

Cuando se presenta bronconeumonía es preciso obrar más activamente ; revulsión con resina de tapsia disuelta en alcohol al 4 por

100, si el niño pasa de un año; cataplasmas sinapizadas en lugar de aquélla cuando la edad es menor; vomitivos, expectorantes, coñac, así he tratado 24 enfermos que han presentado esta complicación, de los cuales han curado 13.

En cuanto á las observaciones de laringitis que antes he consignado, una de ellas se refiere á un niño de cinco años, B. A., en quien el sarampión había evolucionado sin angina y con una bronquitis insignificante; pasado el período de erupción hízose la tos seca y ronca, y presentáronse en breve tiempo accesos de sofocación con inminencia de asfixia. Juzgué que no se trataba del verdadero crup, sino del falso. Se aplicó una cataplasma sinapizada en la región anterior del cuello, no bastando lo cual, se aplicaron en el mismo sitio dos sanguijuelas, con lo cual el enfermo quedó inmediatamente libre de la disnea y se obtuvo la curación sin nuevo obstáculo.

Exactamente lo mismo ocurrió en el otro caso, niña de cuatro años, M. F., en la que tampoco precedió angina y se aplicó el mismo tratamiento.

Es indudable que si se hubiera tratado de difteria no hubiera sido la curación tan pronta ni definitiva.

He procedido en estos casos del modo expuesto, en primer lugar, porque «hay que contemporizar hasta el último límite antes de acudir á la intervención quirúrgica» (Ausset), ya sea ésta la intubación ó la traqueotomía (Sevestre, Guinon, Ausset); y en segundo lugar, porque si bien es verdad que el crup verdadero puede complicar al sarampión, y entonces claro es que no hay otro remedio que el suero antidiftérico; en los dos casos mencionados, aun á falta de análisis bacteriológico, las probabilidades estaban por la negativa.

Respecto al empleo de los baños fríos, tan recomendados en estos últimos tiempos, constituyen un tratamiento de excepción para las formas malignas, tifoidea delirante ó hipertóxica (Dieulafoy). He tratado de emplearlo varias veces, en la forma delirante y para rebajar las temperaturas muy elevadas; pero he observado que este medio encuentra una tenaz resistencia, y en mi sentir, por nuestra parte, aunque somos algo más que simples consejeros no podemos ser autoridades absolutistas.

Conviene decir algo acerca de la *fototerapia*. Desde los trabajos de Finsen acerca de la influencia de la luz roja en la viruela, seguidos de los de Backman en la escarlatina y en el sarampión, y de los de Chatinier sobre este último (1900) se ha puesto la fototerapia á la orden del día. Discutido el asunto respecto al sarampión en la Aca-

demia Médico-Quirúrgica Española, en febrero de 1902, por los doctores Benítez, Pardo Regidor, Forns, Farinós, Prieto y Sánchez Calvo, acerca de 11 casos tratados por el método de Finsen; objeto de un artículo del Dr. Monmeneu (1) que aporta 14 casos, todos bien estudiados, la cuestión no puede todavía considerarse resuelta á favor de la luz roja.

Es verdaderamente sensible que en los 147 casos de sarampión que hemos asistido en esta última epidemia no hayamos tenido tiempo ni encontrado condiciones para aplicar el método en las circunstancias precisas para establecer conclusiones con la mayor garantía de certeza; mas, por otra parte, siempre es de utilidad la comparación de unos casos con otros en circunstancias parecidas, ya que la igualdad no se encuentra en la práctica; así diré lo que sobre este particular he observado.

1.° En una habitación de las peores condiciones higiénicas que pueden imaginarse, donde no entra la luz del día más que por un ventanillo que más parece agujero hecho en la pared, y donde para distinguir las personas es necesaria la luz artificial, pasaron el sarampión tres niñas, de ocho, siete y dos años, y un niño de cinco. La erupción fué intensa en todos, mas en la niña de dos años (en la cual se acentuaron notablemente el catarro óculonasal y el bronquial), también existentes en sus hermanos. En la niña de ocho años se presentó la erupción el día 13 de julio y desapareció el 17; en los otros apareció á la vez el día 25, durando en la menor cuatro días, y en los demás solamente tres. No hubo complicaciones. El tratamiento consistió solamente en jarabe de tolú y lavados de la conjuntiva con disolución de ácido bórico. Se puede decir que la escasa duración del exantema y la falta de complicaciones (á pesar de la suciedad, aire impuro y otras malas condiciones) fueron debidas á la *obscuridad casi completa* en que estuvieron los enfermitos, ninguno de los cuales murió.

2.° En dos niños de ocho y seis años y una niña de cinco, que á diferencia de los anteriores se hallaron en excelentes condiciones higiénicas de limpieza, ventilación y temperatura, y que además estuvieron sometidos á *semiobscuridad*, la erupción fué poco intensa, aunque algo más en el niño de seis años, y no duró en todos más que tres días; el catarro bronquial fué insignificante, lo mismo que el ocular.

3.° En un niño de dos años que desde los síntomas prodrómicos fué

(1) Véase la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, 7 de julio de 1902.

arropado de piés á cabeza con el insano propósito de que sudara mucho y brotara bien la erupción, observé que ésta se hizo claramente más intensa desde el momento en que fué despojado de las ropas y la piel recibió la impresión de la luz natural.

4.° Una niña de dos años, en quien se presentó la erupción el 18 de julio, brotando con gran intensidad, fué sometida á la influencia de la *luz roja* obtenida mediante cortinas de este color. En buenas condiciones de limpieza, ventilación y temperatura, sin excesivo abrigo, con tos pertinaz y algunas placas ulcerosas en el velo del paladar y en la bóveda palatina, con ligera oftalmía, la erupción desapareció el 4; presentóse bronconeumonía, pero se obtuvo la curación, siendo dada de alta el día 31.

5.° Refiriéndonos á las demás observaciones de un modo general, la duración del período eruptivo ha sido muy variable; casos ha habido en que ha sido menor de veinticuatro horas (niños de catorce meses, de cuatro y de dos años), sin más que una tos muy ligera; sarampión que recorre su ciclo evolutivo en tan poco tiempo y con carácter tan leve que pudiera decirse de él lo que Sydenham de la escarlatina.

Los casos que conozco de sarampión tratados y curados por la luz roja se refieren á enfermos en que no hubo complicación terrible, excepto en el caso del Dr. Pardo Regidor, en que hubo síntomas nerviosos, vómitos y subdelirio, y en el que he citado antes en cuarto lugar; pero uno ó dos casos no son suficientes para decidir el valor de un método; es necesario reunir más casos y ver las condiciones de cada uno y anotar las defunciones ocurridas en enfermos sometidos á la fototerapia; no hay que dar cuenta sólo de los casos felices, conviene para la ciencia exponer también los casos desgraciados.

En conclusión, sin creer que ha llegado el momento de decidir cuál sea el valor de la fototerapia en las fiebres eruptivas, conviene que adoptemos la costumbre de hacerle entrar en la lista de los medios higiénicos, á la misma altura que la ventilación y la temperatura de 18 ó 20°; y puesto que probablemente, según las investigaciones del Dr. Monmeneu y las observaciones que antes he consignado, la luz roja no parece tener influencia específica sobre el sarampión, sino que sus buenos efectos se deben más bien á la falta de rayos químicos me parece lo más práctico (fuera de las salas del hospital á que podrá emplearse la luz roja) sustituir la regla de habitación *bien iluminada* (Comby), por la de habitación *á obscuras* ó *en semiobscuridad.*

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Demografía dinámica de las Islas Baleares, por D. Enrique Fajarnés y Turs. Palma de Mallorca, 1901.

II. El morfinismo.—La higiene de Zaratustra, por el Dr. Nicasio Mariscal. Madrid.

I

Es ya muy larga la lista de los trabajos publicados por el Dr. Fajarnés, y en más de una ocasión nos hemos ocupado de alguno de ellos, que actualmente forman un verdadero Tratado de Nosografía é Higiene de las Islas Baleares, trabajo meritorio, pues da á luz cuanto al médico y al sociólogo interesa, relativo á estos dos aspectos en aquellas Islas.

Incansable en su labor, ofrece el Dr. Fajarnés al público un nuevo estudio de Demografía comprensiva de los matrimonios y nupcialidad, nacimientos y natalidad, defunciones y mortalidad, para estudiar en un capítulo la estadística comparativa de los pueblos de las Islas, con excepción de las capitales, y deducir el acrecentamiento de la población, aprovechando la oportunidad para revelar el estudio comparativo con las demás poblaciones de la Península, estudio en extremo curioso, terminando con una síntesis demográfica contenida en breves conclusiones.

El Dr. Fajarnés, con este y otros trabajos análogos, demuestra saber lo que valen los estudios de Demografía, bastante descuidados por desgracia en España.

II

La Biblioteca Mignon publica un interesantísimo trabajo del doctor Mariscal, que abarca las dos cuestiones del enunciado, ambas de gran interés para el médico.

Hablar de una obra del Dr. Mariscal, es prejuzgar lectura amena é instructiva, pues en varias ocasiones, además de la presente, nos hemos ocupado de otros trabajos de gran mérito de nuestro distinguido compañero. En pocas páginas, de mano maestra, trata del

morfinismo, poniendo de relieve los efectos desastrosos de este vicio terapéutico, por desgracia más aceptado de lo que conviene á la salud de la humanidad, y el que sepa leer sus páginas, verá con espanto el vicio y será propagandista consejero de su extinción. Tan sólo por esta circunstacia, el Dr. Mariscal presta un señalado servicio á la salud pública.

La otra parte, dedicada á exponer algunas ideas relativas á la Higiene de Zaratustra, es interesante en extremo y revela en el autor una erudición extraordinaria, de la cual conviene que se aprovechen los higienistas especialmente.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 14 *de Junio de* 1902.

Patogenia y tratamiento de la pulmonía. — El Sr. *Ortega Morejón* (D. M.), continúa su estudio empezado en la sesión anterior, y se ocupa de la *medicación antiflogística* por medio de la sangría, las sanguijuelas, el tártaro estibiado, la ipecacuana y los vejigatorios. *Sangría:* dice que aún están por averiguar de un modo completo los efectos inmediatos de la sangría; se sabe con certeza que toda emisión de sangre disminuye la masa total sanguínea y la hace más acuosa; se pierde más oxígeno que ácido carbónico; se disminuye asimismo las combustiones orgánicas; mengua los hematíes y son más pobres en hemoglobina; se acelera la circulación, y en estos efectos inmediatos se comprende perfectamente que una sangría moderada (de 250 á 300 gramos), y á veces más corta, produzca en seguida disminución del dolor de costado, mayor amplitud respiratoria, y, por tanto, menos disnea, menor temperatura, mejor circulación pulmonar y tranquilidad física y moral del enfermo. Está, pues, indicada en las pulmonías extensas que determinan disnea manifiesta, inquietud, insomnio, tos frecuente y dolorosa, pulso duro y tenso, y en pulmoníacos de buena edad y no débiles. También está indicada cuando se teme la asfixia ó la paresia cardíaca. *Sanguijuelas:* las ha empleado, obteniendo excelentes efectos, en los dolores de costado, en todos los dolores locales aunque sean neurálgicos; y si con esto no se han aliviado los enfermos, aplica entonces *vejigatorios*, aunque se trate de un viejo, pues aplicados en tiempo oportuno, además de calmar el dolor, ayudan á la resolución más ó menos difícil de la pulmonía, lo mismo que á la reabsorción de un derrame pleurítico. *Tártaro estibiado:* su acción emeto-

catártica puede utilizarse en las pulmonías que coinciden con una saburra gastrointestinal. Al vómito que determina el tártaro emético acompaña siempre el descenso térmico, aumentan las secreciones del hígado, del páncreas, de las glándulas salivales y de la mucosa digestiva. La secreción bronquial es también más abundante y flúida, facilitando así la expectoración, resultando todos estos inmediatos efectos como revulsivos. Administrado á dosis tóxicas debilita la actividad cardíaca, desciende el número de pulsaciones, se irregularizan y se detiene el corazón en diástole. Una parte de los efectos del tártaro estibiado se atribuye á su contacto con el sistema nervioso, pues á dosis tóxicas paraliza los centros cerebro-espinales y extingue la actividad refleja, por lo cual el vómito no se efectúa. Su acción resolutiva respecto del aparato respiratorio puede explicarse por el esfuerzo del vómito, que sacudiendo pecho y diafragma, modifica la presión intratorácica y activa la circulación pulmonar. Por su efecto purgante es un derivativo poderoso, porque la baja presión arterial contribuye á descongestionar los pulmones. Para prevenir la intoxicación hay que administrarlo á dosis terapéuticas en aquellos individuos fuertes y robustos y de corazón vigoroso, y cuando se advierta en éste disminución de su contractilidad hay que emplear un agente tónico cardíaco. *Ipecacuana:* disminuye la presión sanguínea y retarda los latidos del corazón, rebaja la temperatura, desonera el vientre, y, al cabo de cierto tiempo, hace menos frecuentes y más amplios los movimientos respiratorios, favorece la respiración y modera la tos. El Sr. Morejón dice que la emplea muchas veces en los niños y en los viejos cuando hay mucosidades en los bronquios, y con más razón, si existe saburra gastrointestinal. Usa en ocasiones el *óxido blanco de antimonio*, siempre en cantidad moderada, asociado por regla general al benzoato de sosa, ó bien al quermes mineral, también en cantidad modesta, por facilitar la expectoración.

Continúa el Sr. Morejón diciendo que jamás ha empleado las inyecciones de morfina para calmar los dolores de costado; ni administrado como antitérmico el sulfato de quinina, porque á la dosis de 2 gramos en una ó dos horas hiposteniza el organismo; ni la digital, porque la orina es escasa en los pulmoníacos, y siempre es temible el acúmulo de este medicamento; en cambio dispone baños generales templados más ó menos largos — nunca cortos — como rebajadores de altas temperaturas. Proscribe la veratrina por ser tóxica y paralizante muscular, y, por lo tanto, de la respiración y circulación.

Termina el Sr. Morejón indicando la conducta terapéutica que sigue en las pulmonías adinámicas: caldos substanciosos y vino de Jerez, alternando con leche y un poco de cognac, cada dos horas, precedidos de una cucharada de poción con extracto blando de quina, adicionada, á veces, según la energía contráctil del corazón, con cafeína y *mazzagrán* para bebida usual, y revulsión en la pared torácica, correspondiente á la lesión neumónica. Aconseja, además, el ácido benzóico, el licor amoniacal anisado como expectorantes, y el cornezuelo de centeno y la tintura de nuez vómica en la astenia broncopulmonar.

El Dr. *Cortejarena* toma parte en la discusión y dice que, ante todo, le conviene consignar por escrito las conclusiones de su discurso anterior, de

18 de mayo de 1901, que olvidó hacer en aquella noche, como en otras discusiones análogas. Son las siguientes: 1.ª, la sangría fue proscripta y casi borrada de la terapéutica moderna en el tratamiento de la pulmonía; 2.ª, en el seno de esta Academia, varios nos ocupamos el año 1890 de la defensa de la sangría, y yo mismo recordé las denominaciones de deplectiva y derivativa, que señalan diferentes indicaciones de la sangría; 3.ª, la etiología y la patogenia de la pulmonía en los tiempos pasados, estaban en relación con la esencia del mal y del tratamiento empleado; 4.ª, siempre se dió gran importancia á la acción del frío sobre la piel, determinando el aflujo de la sangre hacia los órganos interiores, sin olvidar por esto las modificaciones de la sangre: 5.ª, si hubo exageración en tiempos atrás respecto al tratamiento de la neumonía, en los presentes no se han cometido menos excesos; 6.ª, nunca se habló del tratamiento único para la pulmonía, variando éste según distintas condiciones; 7.ª, es cierto que no son tan frecuentes, desde hace algunos años, las pulmonías francas, siendo, en cambio, de observación diaria las llamadas infecciosas, y 8.ª, esta pulmonía infecciosa no es más que la localización de una infección general, desgraciadamente poco ó nada conocida en la actualidad.

Después añade el Dr. Cortejarena que no se halla conforme con la mayoría de las opiniones expuestas en la Academia, y muy especialmente con las del Sr. González Alvarez, que defiende el tratamiento patogénico por ser el verdaderamente científico, y se oponía al sintomático que combate la tos, el dolor, la disnea y demás fenómenos morbosos que se observan, sin criterio rigurosamente terapéutico; que no acepta la explicación de que las emisiones sanguíneas disminuyen las toxinas de la sangre, porque habría que llegar al absurdo, *de la evacuación de todo el líquido nutricio*, y que tampoco reconoce los efectos atribuídos á la digital, ni la *benignidad* del padecimiento, sostenida por algún señor académico, por entender que la neumonía es siempre un estado morboso grave.

El Dr. Cortejarena termina manifestando que la doctrina celular de Virchow es para él la más aceptable; que considera incuestionable la influencia del frío en la génesis de la neumonía, como lo es en los padecimientos del puerperio, y que la noción parasitaria ha sido completamente estéril en la terapéutica de la neumonía, puesto que con ninguna medicación se ha logrado la destrucción del microbio patógeno, y que, en todo caso, ha de distinguir la neumonía franca ó inflamatoria, de la que es manifestación de un estado infeccioso.

¿Deben ó no ser descubiertos los depósitos de aguas potables? — El doctor *Sánchez Rubio* explana esta interesante cuestión con motivo de haber leído en un periódico político de la localidad un artículo suscrito por D. Alejandro Zurereizaeta, referente al asiento del *tercer depósito del canal de Isabel II*. Dice que los agentes saneadores de las aguas son, por excelencia, el aire y el sol, no consistiendo en otra cosa la conveniencia del movimiento de las aguas superficiales que en el favor que éste las presta, al exponer alternativamente sus moléculas á la influencia bactericida y reductora de toda materia orgánica, propia del oxígeno y de la luz.

Es bien sabido, dice, que el olor á *cueva*, á *moho* ó, como si dijéramos, á criptógamas de tamaño más ó menos microscópico, se da solamente en lu-

gares sombríos y mal ventilados, llegando á notarse ese olor y el sabor correspondiente, hasta en disoluciones acuosas de sales minerales exentas de todo acompañamiento orgánico—azúcar inclusive—con tal de que estén contenidas en vasijas cerradas, que muy bien pueden ser botellas con soluciones arsenicales, por ejemplo, cuyo consumo lleva por condición la lentitud. No es otra que ésta la razón de que Coni, de Buenos Aires, prohiba el beber agua de algibe si no es filtrada, no obstante ser esta clase de agua casi destilada, en su calidad de llovida, y aparte el defecto que la tal circunstancia impone á su potabilidad por falta de las sales necesarias al efecto. Esta es igualmente la causa de que el gran químico Dumas, lo propio que el insigne higienista Fonssagrives, hayan encontrado en el agua de algibe ó cisterna tal número de microorganismos, debidos á la lobreguez é inmovilidad en que yace aquélla, que consideran preferible el agua de río para beber, no obstante sus naturales impurezas.

Manifiesta el Dr. Sánchez Rubio, que en el folleto sobre las *Aguas potables de la Villa de Madrid* (1896), debido al Dr. Madrid Moreno, se consigna que en algunas ocasiones son numerables, y aun escasas, las bacterias contenidas en las aguas de las fuentes del Lozoya; al paso que abundan de tal manera en el fondo de los Depósitos, que resultan innumerables; añadiendo que en el análisis micrográfico por cultivo verificado por él en septiembre de 1895, correspondieron á lo alto del Depósito grande 22 colonias licuadoras y 394 no licuadoras por centímetro cúbico, y en lo profundo del mismo 68 de las primeras y 788 de las segundas, cosa reñida, por cierto, con los efectos bactericidas, que para algunos—tales como Fol, Smith y Dunant—tiene el aposamiento ó sedimentación de las aguas. En mayo de 1896 halló el mismo investigador 1430 bacterias por centímetro cúbico en el agua que entraba en el Depósito grande y 1820 en la enviada por éste á las fuentes vecinales. El Dr. Becerro de Bengoa dió á conocer en la Revista *La Naturaleza* el procedimiento bactericida consistente en la intensa oxigenación del agua por la electrización artificial del aire y el consiguiente ozonamiento del oxígeno de éste; lo que permite esterilizar grandes cantidades de líquido. Cita el procedimiento del Dr. Pino, que es parecido, y el informe que dieron los Sres. Ubeda y Olea, haciendo notar que la *luz solar* agranda la acción depurativa del oxígeno; habla del horno ideado por Tyndall para producir económicamente crecidas cantidadas de ozono mediante la electricidad, y del trabajo del Dr. J. Repin, acerca de la esterilización del agua á favor del ozono engendrado por la electricidad.

Se ocupa luego el Dr. Sánchez Rubio de la recomendación que el doctor Arata, de Buenos Aires, hace del cultivo de la heliografía, ó *ciencia del sol*, por lo mismo que éste, al igual del oxígeno, atenúa la vida de las bacterias y llega á extinguirlas, al propio tiempo que anima todos los organismos útiles, empezando por el hombre mismo. Cita al Dr. Olmedilla, que afirma en su folleto las *Aguas potables de Madrid* (1901), que el agua de pozo suele ser dañosa por causa de su acostumbrada abundancia en materia orgánica más que por sus sales, tampoco muy escasas; y añade el Dr. Sánchez Rubio que de aquí los *cólicos* que antiguamente daban triste reputación á Madrid, sobre todo, cuando por la escasez estival del agua de fuente, se hacía forzoso mezclarla con la de los pozos: refiere algunos experimentos del Dr. Gara-

garza, cita un manuscrito de los Sres. Navarro, Alegre y Vázquez Toscano, que se hallan en el Archivo municipal de Madrid, y el saneamiento que se ha hecho en París y Londres de las aguas impuras mediante departamentos de purificación.

Dice que Fonssagrives se halla tan convencido de la acción antibacilar de la *luz del sol*, que prefiere el agua de río descubierta á la de algibe, como manifestó antes, y aun á la misma de su manantial si va conducida por cañerías, depositada en la obscuridad, que es la que perjudica más gravemente á las aguas de pozos y cisternas. Con este motivo cita una carta del doctor Hankin, que escribió desde la India inglesa á los *Anales del Instituto Pasteur* (1897), en que se dice que los médicos indígenas no creen que sea el agua del Ganges la causante del cólera, puesto que se bebe impunemente, y lo explica por la existencia en dichas aguas de ciertas substancias ácidas volátiles.

Habla de lo que sostuvo el Sr. Menéndez en el IX Congreso de Higiene, que la menor ofensa que ésta puede recibir de las aguas inmundas ha de ser empleándolas en el riego de los campos cultivados, en virtud de la acción desorganizadora que sobre la materia orgánica muerta y los más de los microorganismos ejercen al oxígeno del aire y los microbios saprofitos de la tierra. Puede ser que el oxígeno — siempre necesario para la descomposición de la materia orgánica — se baste á sí mismo al efecto de iniciar esas perturbaciones atónicas, esas tempestades de la afinidad, que dan por resultado los derrumbamientos químicos representantes de la combustión de los cuerpos; pero entonces, dice, será preciso admitir que ese poderoso agente se halla en posesión de una *electricidad* comparable á la que proporciona á las bacterias su propia vida, y les da la facultad de influir sobre el encadenamiento de los átomos arrastrándolos á la fermentación ó la putrefacción. Se ocupa del procedimiento ensayado en Exeter (Inglaterra), por Adolfo Smith, para ejecutar la purificación llamada *biológica* (ó sea por acción de la bacteria sobre la materia orgánica) de las aguas inmundas, en que dice que los microbios anaerobios, que son los más, perecen tan pronto como el agua en que viven cae en cascada *al aire y la luz*, desde la cisterna en que se la tenía á cubierto de uno y otro. Todo demuestra, pues, añade el Dr. Sánchez Rubio, que las bacterias anaerobias, son la gran mayoría de ellas, siendo por eso por lo que afirma el ilustre bacteriólogo Macé, que el oxígeno ejerce una influencia debilitante sobre las células vegetativas de los microorganismos en general, aunque no así para los esporos, que conservan en el aire su facultad de germinar ó sea de reproducir células de la especie. El oxígeno comprimido abrevia y hace extensivo á todo el germen el envejecimiento que el aire libre trae sobre él al cabo de algún tiempo; pero que los esporos se defienden en todo caso más que las células. El oxígeno es un verdadero veneno para las bacterias anaerobias, y aun para las aerobias, dice Duclaux, cuando se agota el alimento de la especie; por más que en este último caso bastaría la pura inanición para explicar el hecho de la muerte, si no se supiera lo resistentes que suelen ser los microorganismos á las penurias de la nutrición.

El *agua oxigenada* es tan antiséptica, que figura como tal por encima del sublimado corrosivo; pues bastan 0'05 gramos de ella para impedir la pu-

trefacción de 1 litro de caldo, en tanto que del sublimado se necesitan 0'07 gramos. Es, por lo mismo, la tercera de las cinco substancias que figuran como *eminentemente antisépticas* en la escala de Macé.

El Dr. Sánchez Rubio dice que están conformes en los efectos bactericidas de la luz, los Dres. Downes, Blunt, Lortet, Arloing, Rona, Yersin, Pernice, Reyes, Macé, Koch y Migneco.

El tiempo que la luz necesita comunmente para matar á las diferentes especies de bacterias, está muy por fijar, pues además de variar con los terrenos de cultivo y las especies, varía hasta para una misma de éstas, según las circunstancias. Esto no obstante, cabe decir que el agua que tenga en suspensión el bacilo coli, necesita próximamente una hora de insolación para ser esterilizadas; el bacilo antracis ha muerto, á la vista de Pansini, en el plazo de una á dos horas y media de exposición al sol en cultivo de caldo; el bacilo typhosus resiste unas seis horas según Janowski, y este índice de resistencia á la luz, podía alargarse mucho.

Macé reconoce explícitamente que la aeración, la luz y el movimiento, son las condiciones más influyentes contra la existencia de los microbios patógenos de las aguas, no dejando también de serlo la presencia de otras bacterias más fuertes. En cuanto á la inmovilidad, favorece el aposamiento de los esporos en el cieno y su avivamiento por una agitación ulterior. Fränkel cree también que las aguas de río y canales, así como todas las estancadas, son impuras, habiéndose de considerar, por lo mismo, como tipo de las potables las de manantial, filtradas y depuradas por la arena ó tierra, cuya acción retentiva de la materia orgánica, muerta ó viva, es tan poderosa. En esta bien probada propiedad de la tierra, capaz de purificar inmediatamente las aguas inmundas, se funda el aprovechamiento de las de las poblaciones en el riego de los campos cultivados, ya hoy tan justamente extendido. De aquí la idea de que se filtran por arena las aguas superficiales destinadas á la alimentación de las ciudades, pues el agua de manantial no necesita ser filtrada, sino por excepción, y porque así como el agua destilada tiene el máximum de poder disolvente, por lo mismo de conservarle íntegro, así la arena tiene el máximum de atracción de la materia orgánica con que ha de unirse para constituir tierra vivificante adecuada á la vida vegetativa.

En Liverpool, por ejemplo, se abastece la ciudad con agua procedente de las montañas de Gales, que se remansa en el Virnuy, como la del Lozoya en la gran presa del Villar, y la del Real Sitio de San Ildefonso en el lago conocido por El Mar; pero con la diferencia de que antes de ser distribuída se la pasa por filtros múltiples de arena, con lo cual pueden éstos reconocerse y limpiarse alternativamente, siempre que es preciso, sin interrupción del servicio. Y aún se tienen filtros de reserva para poder atender á las bruscas oscilaciones del consumo, evitando siempre la mezcla de las aguas filtradas y por filtrar. Claro es que con este sistema la ciudad de Liverpool no sufre los graves perjuicios de las *turbias* que puedan experimentar las aguas de que se alimenta, como Madrid sufre las del Lozoya, y es igualmente cierto que el remanso del Virnuy, como el de El Mar de la Granja, están al aire libre.

En lo concerniente á esta filtración de las aguas potables, hay disenti-

miento entre quienes le estudian y resuelven, pues en tanto que los unos, tales como los muy distinguidos españoles Puerta y Ubeda y los conocidos alemanes Koeler y Andreas Meyer, se han mostrado decididos para la filtración central; hay otros que se han presentado en él como paladines de la periférica, figurando entre estos últimos nuestros Muñoz del Castillo y Cajal. La razón más culminante de los primeros está en decir que el cuidado de los filtros periféricos, tan múltiple como delicado, exige un personal inteligente y numeroso, que de antemano se puede dar por seguro que ha de ser imposible reunir, con lo cual se hace irrealizable la bondad de ese soñado procedimiento, y queda reducida su utilidad á los casos en que el interés particular, que no su ejército de empleados, le pongan en ejercicio. Los adversarios de la filtración central la encuentran, á su vez, carísima de instalar y sostener, como lo prueban en su concepto los exhorbitantes presupuestos de millones de pesetas formados por los ingenieros del canal del Lozoya, Sres. Villademoros y Montalvo, con un radio de efecto útil poco menos que cero.

El fallo de este pleito no es factor necesario á la solución del problema de que se trata, por lo cual, dice el Dr. Sánchez Rubio, me contento con dar á conocer los principales alegatos de ambas partes, coincidentes en el reconocimiento de las ventajas de la filtración.

La contaminación de las aguas por el aire, y más si lleva éste mucho polvo, según añade un conocido bacteriólogo, es circunstancia muy digna de ser examinada para aquilatar en lo posible los resultados higiénicos del contacto de las aguas potables con la atmósfera.

En este punto cardinal hay que empezar consignando que las bacterias del aire son escasas, relativamente á las del agua, porque las más de ellas no resisten á la desecación y que, por lo común, son saprofitos, confesando Miquel no haber hallado jamás especies patógenas evidentes en el aire, no obstante lo que se dice de la propagación por él de los gérmenes de la tuberculosis, del sarampión, coqueluche, carbunco, etc. El mismo Macé, que da importancia al polvo como contaminador de las aguas, califica de insignificante el influjo del aire contra la pureza de éstas, en tanto que no interviene el polvo, y afirma que los cultivos de las bacterias aéreas han resultado siempre inactivos, «quizá porque la desecación mata las especies débiles, añade, y sobre todo, por el efecto bactericida del oxígeno y la luz».

El Dr. Sánchez Rubio, dice, que después de esto no sabe cuál pueda ser la especie de *contaminación* que el polvo atmosférico pueda causar en las aguas, á no confundirla con la impureza inanimada del enturbiamiento producido por las moléculas—generalmente inorgánicas—del polvo arrastrado por el viento, que es en la esencia el caso de las turbias del agua del Lozoya, con la diferencia, sin embargo, de que la reproducción de ellas por la vía aérea exigiría mucho más tiempo, si es que el agua remansada no se hallaba á la orilla de alguna de nuestras carreteras del centro y mediodía de España, ó en tal ó cual oásis del Sahara, recibiendo las oleadas de arena levantadas por el simún.

Vana sería, no obstante, continúa diciendo el Dr. Sánchez Rubio, la precaución de oponer á este enemigo la cubierta de los depósitos de las aguas potables, en tanto no fuese hermético su cierre; y si esto se lograba, ha-

bríase logrado con ello proporcionar á la mayoría de especies de bacterias, en su condición de anaerobias, la mayor garantía de subsistencia y de prosperidad, deducida de la pobreza suma de oxígeno en el interior de un depósito cerrado á todo nuevo ingreso de él. Y si, como es de pensar, no era transparente la cubierta y dejaba en las tinieblas el agua, ya incapaz de ser suficientemente oxigenada, podría ser entonces tan completo el favor recibido por los microorganismos, así privados del aire y de la luz, que excediese pronto y con mucho su multiplicación á la cifra propia del libre ingreso de los gérmenes del aire y los del polvo; escasez ya de suyo, pocas veces patógeno, y entrando en compañía del oxígeno y el sol, sus más mortales enemigos. Así favorecidas las bacterias por aquel mismo valladar que se pensaba oponerlas, no sólo robarían al agua su pureza, en la proporción que se multiplicaran y abundasen, sino que se pondrían en camino de adquirir la energía vital y virulencia consecutiva que separa el estado inofensivo y el patógeno de muchas de las especies bacilares, con inclusión de aquéllas normalmente domiciliadas en el hombre.

Enseña, por lo tanto, lo antes dicho, que los depósitos de las aguas potables necesarios para la distribución metódica de las mismas, no pueden ser privados del influjo esterilizador del aire libre y los rayos del sol, sin que sufra las consecuencias el líquido precioso que ellos guardan; quedando así probado lo dañoso, todavía más que inútil, de tapar esa clase de vasos sagrados de los pueblos, y que al hacerlo ha de incurrir en uno de los más lamentables casos de malgastamiento ó dilapidación del capital de dinero requerido, pues que se invertirá en contravenir las leyes de la higiene. Y como si esto fuera poco todavía, la erección de las pilastras destinadas á sostener el balumbo de la injustificable bóveda, multiplicará las superficies de fábrica sometidas á la corrosiva lamedura de las aguas, y con ello el número de puntos más dispuestos á dejarse desgastar; cosa que no podrá menos de anticipar la hora probable de envejecimiento, los peligros y la destrucción de la obra hidráulica.

Termina el Dr. Sánchez Rubio diciendo que la enorme mole de la cubierta por su parte ha de gravitar con toda su opresora pesadumbre sobre los muros y pilastras del Depósito, y de rechazo sobre la cimentación general de él, ayudando así, cuanto es de suponer, á la consunción del prematuro deterioro y aniquilamiento del conjunto.

De los múltiples inconvenientes relatados, dan harto testimonio los dos anteriores Depósitos cubiertos del Lozoya que poseemos en Madrid. Mas no basta que el gran vaso de unas aguas potables tenga por fiadora de la pureza de éstos la exposición de ellas al aire y á la luz; es necesario que por la misma razón de estar desnudas, se las dote de un *marco de vigilancia* que las ponga al abrigo de toda injuria de la barbarie, como es indispensable que se limpie su fondo con frecuencia, aun en el favorable caso de ser filtradas con anticipación.

Y como los anteriores datos sean bases firmes de opinión sobre este punto de general interés, y se halla todavía pendiente de resolución el problema de nuestro tercer Depósito de agua del Lozoya, no los juzgo, dice, para callados, sino para expuestos ante esta sabia Corporación, en la vigilancia y suficiencia, de la cual fía el Estado, por lo que á las grandes conveniencias

de la salud pública respecta. Tal es la razón de que me parezca cumplir, añade el Dr. Sánchez Rubio, con uno de mis deberes, sometiendo á la alta consideración de la Academia este modesto estudio.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la coqueluche por inyecciones de menthofenol. — En los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, de Barcelona, publica D. J. Anguera lo siguiente :

«Durante los meses de enero, febrero y marzo, se ha tenido ocasión de ensayar un procedimiento para el tratamiento y curación de la coqueluche con las inyecciones de menthofenol. Estas inyecciones han dado el resultado apetecido en todos los casos observados hasta ahora en la Clínica del Hospital de Niños. En diversos períodos de la enfermedad, se han presentado los niños, y el Dr. Vidal Solares, con su excelente criterio, les prescribía en seguida las dichas inyecciones sin ningún otro tratamiento; á las cuatro ó cinco inyecciones la mejoría era notabilísima, pues los accesos disminuyen, recobran los enfermitos el apetito y la alegría, y si al dar la inyección á causa de los lloros producidos por el dolor de la punzada, sobrevenía un acceso de tos, que eran los que yo podía observar mejor, eran ligeros, no necesitaban el apoyo que buscan siempre, no se les inyectaba la cara, en una palabra, parecía la tos de un ligero resfriado.

En apoyo de esto, citaremos los casos más notables por nosotros observados:

Primera observación.—M. S., doce años. Hace ya más de una semana que lo tiene, continúa trabajando de aprendiz en el taller (no recuerdo de qué oficio), pérdida completa del apetito, sesiones de tos frecuentes y fuertes, expectora con dificultad y escupe con abundancia, tiene la conjuntiva inyectada de sangre; presenta la excoriación debajo de la lengua muy manifiesta.

Viene á la visita el día 8 de enero, y después de verlo el Dr. Vidal Solares, le prescribe la inyección de un gramo de la solución de menthofenol que contiene 20 centígramos de eucaliptol y 10 de mentol), la que se le administró en seguida.

Sigue viniendo en los días 10, 13 y 15, en que la mejoría es muy poco notable; á partir de estos días va adelantando rápidamente; el 20 ya sólo tuvo dos accesos al día y el 22 le dí el alta, pero se le reprodujo algo la tos y le dí otra inyección en los días 27 y 29, quedando definitivamente curado.

Segunda observación.—A. P. I. Con el cuadro sintomático no tan grave ni tan característico como el anterior, pero atendida la corta edad de la enfermita (siete meses), era de temer que falleciese; empieza el tratamiento por medio de las inyecciones de *menthofenol* y *eucaliptol* el día 7 de enero, repito la inyección el 8, y continúo dándole inyecciones, hasta que puede decirse que ya no tenía accesos.

Tercera observación.—O. U., dos meses y medio. Cuadro sintomático alarmante, lactancia difícil por la tos. Ingresa el día 22; á las tres inyecciones

desaparición de todos los síntomas, quedando reducida la tos á la de un ligero resfriado.

Cuarta observación. — A. C., cinco años. El mismo aspecto que los anteriores, de duración muy larga; empiezo á tratarla con las inyecciones hipodérmicas por orden del Director del Hospital de Niños, el 29, y á las tres inyecciones cesa la tos. Por su resistencia á las inyecciones no le doy más, pero después he sabido que se curó definitivamente.

Tres observaciones tengo muy características y su confirmación de la bondad de este tratamiento, pero á causa de no haber podido concluir el tratamiento no las publicamos.

Actualmente hay dos enfermitos en observación, á los que se les ha dado ya dos inyecciones».

Tumor blanco tratado por las inyecciones ligeramente cáusticas.—En la *Gaceta Médica de Granada* publica, D. M. Fernández de Mendía, el siguiente caso clínico:

En 1895 era el niño B. D. un notable ejemplar de robustez y desarrollo; sin ser bello era hermoso con la hermosura plástica del linfatismo, del que ninguna manifestación patológica había tenido hasta aquella época. Tenía tres años y no había padecido enfermedad alguna de importancia: sus tres hermanas y su madre gozaban también de perfecta salud, sin tener antecedentes personales patológicos. Su padre, dispépsico á temporadas.

En la línea materna tenía el niño tío y tía con sus antiguas afecciones (él, tumor blanco en el pié; ella, tumor blanco en la cadera).

Con tales antecedentes en medio de la más completa salud sin causa ocasional conocida, en mayo del citado año presentósele al niño en el maleolo interno del pié derecho una tumefacción, que, creciendo con relativa rapidez, invadió todo el contorno de la articulación tibio-peroneo-tarsiana.

Accidentalmente el Dr. M. Fernández de Mendía vió al enfermito en julio del mismo año y recomendó la compresión, la embrocación con tintura de yodo y ésta ó el yoduro potásico al interior.

Transcurrido poco menos de un año el artrocace había crecido en proporción alarmante, presentando además varios trayectos fistulosos. Por otro consejo médico hizo uso de las aguas de Fitero, que dió por resultado aumento de la tumoración, reblandecimiento de su consistencia que hasta entonces fué pastosa y aumento del número de trayectos fistulosos, tomando un aspecto de muchísima mayor gravedad; por todo lo cual habían decidido llevarlo á una Policlínica de gran nombre en la provincia.

Al cabo de días volvieron de la Policlínica en donde se había practicado una resección del astrágalo con legrado de las superficies articulares.

Al medio año próximamente de la operación el tumor tomó nuevamente el mismo volumen, abriéronse nuevos trayectos fistulosos en la misma cicatriz que de la operación quedara y el artrocace volvió al imponente aspecto y estado que antes de la operación tuviera.

Entonces el Dr. Fernández de Mendía principió el tratamiento que dió un resultado más completo y pronto de lo que él esperaba.

Prescribió el yoduro potásico en jarabe de rábano á la dosis diaria de medio gramo de aquél por seis de éste, dos baños diarios en agua caliente del

pié afectado, inyección antiséptica unas temporadas con sublimado al 1 por 1000 de agua, otras con solución de ácido fénico al 1 por 100, extracción total en cuanto posible fuera de toda la solución mediante la aspiración con la misma jeringa de inyección, á fin de que las superficies fistulosas y articulares enfermas quedaran lo más enjutas posible, y finalmente, inyección con tintura concentrada de yodo, no en más cantidad que la suficiente para que obrara sobre las superficies enfermas, aspirando al cabo de algunos segundos para arrastrar lo que sobrar pudiera, después de lo cual, se le aplicaba un sencillo vendaje compresivo que no impedía en absoluto la movilidad de la articulación.

Con tal tratamiento avanzó lentamente hacia la curación, pero visto que á los dos meses la mejoría no aumentaba y el estado de la articulación se estacionaba, manteniéndose la supuración indefinidamente, pero en pequeña cantidad, cambió sólo la última parte de la cura. Desengrasó por la ebullición en el agua y la acción alcohólica un manojo de crines de caballo y las aseptizó por la permanencia en la solución de sublimado, prescribió una solución de yodoformo en éter con la que sustituyó á la tintura de yodo, y en cada trayecto fistuloso metió una mecha de crines embadurnada de pomada de precipitado rojo, con objeto de evitar estrecheces y obstrucciones, al mismo tiempo que se excitaran las superficies enfermas.

Observado este plan por espacio de medio año sin cambiar ni añadir cosa alguna, vió secarse después de haberse achicado todos los trayectos fistulosos, á la par que la articulación se reducía á sus dimensiones casi normales y la piel tomaba el color de salud. Continuó una gran temporada aún con el vendaje, y por fin, también se abandonó á temporadas.

Advertida la familia de que no habían de extrañarse ni alarmarse, si algún trayecto fisuloso se abría de nuevo y de que para evitarlo, debía continuar constantemente en el uso del yoduro potásico, con pequeñas temporadas de descanso, consiguió el que así sucediera y que con la mayor confianza y tranquilidad le avisaron á fin de invierno que notaban salida de humedad por los dos trayectos fistulosos cerrados últimamente uno en cada maleolo. Volvióse nuevamente á los baños de limpieza, á las inyecciones antisépticas y cáusticas de éter yodoformado y al mes había cesado todo exudado, que sin duda no fué séptico.

Nuevamente á fin de la primavera se humedeció el vendaje, pero bastó lavar las cicatrices y cubrirlas con polvo de yodoformo, para que á los ocho días cesara toda humedad, sin que haya vuelto á presentarse, dándose desde aquel momento por curados, puesto que aquel verano y los siguientes lo vió correr descalzo de pié y pierna sin vendaje ni cosa alguna, por calles y eras, meterse en el río y alternar en los juegos con los de su edad sin novedad en los cuatro años que van transcurridos, bien que á temporadas continuó y no sé si continuará tomando el yoduro.

Como queda dicho se cuidó poco de procurar la inmovilidad de la articulación tan recomendada por la mayoría de los patólogos y sólo recomendó á los padres que no le dejaran cansarse. A esto sin duda se debe que el niño conserve alguna movilidad en la articulación y que su claudicación se reduzca á una desviación de todo el miembro un poco adelante y afuera para pisar con la parte interna y posterior del calcáneo, y una también pequeña

desviación de la punta del pié afuera, defectos que indudablemente atenuará grandemente la edad y el desarrollo de todo el cuerpo y aún será influencia para ello la voluntad al llegar á cierta edad.

«Conceptúo de tal importancia, dice el Dr. Fernández de Mendía, el ejercicio, la distracción y la mucha movilidad en los niños para su desarrollo físico y psíquico y considero tan nociva la quietud forzada, que jamás la recomiendo sea cualquiera la lesión cuando el tratamiento ha de ser largo, creo que jamás debe sacrificarse el todo á la parte como resulta de tal tratamiento aplicado al tumor blanco; más de una vez se han quitado aparatos escayolados por mi consejo y jamás han tenido que arrepentirse los enfermos. Tener á un organismo joven en la quietud y casi necesariamente en casa sin participar de la vida propia y necesaria, es condenarlo por lo menos á un desarrollo corporal enclenque si no raquítico y lo que quizá sea peor, á un desarrollo psíquico perjudicial por lo melancólico ó por lo perverso, y creo que la obligación del médico y sus miras deben alcanzar al total «hombre». Participo de la opinión del Dr. Lucas Championnière emitida en sesión del 27 de mayo último en la Academia de Medicina de París, respecto á la inmovilización. «Si se considera el asunto detenidamente, se ve que este método produce resultados deplorables desde todos los puntos de vista».

En atención, pues, al caso historiado no dudo en asentar como precepto que no debe olvidarse, con Bouchut y Després en su *Diccionario de Medicina y Terapéutica*, el no operar el tumor blanco antes de haber extremado los medios farmacológicos, que no se han de concretar á las inyecciones yodadas como dicen dichos señores, ni aun continuadas por dos años: aún hay mucho mayor campo de materia médica que la que usé y á la que acudiré en todo caso antes de proceder á operación cruenta, cuya oportunidad tampoco pretendo olvidar; sobre todo, la amputación debe dejarse, como toda mutilación, para después de haber recorrido todo otro medio y haberlo pensado con concienzudo detenimiento; las perfectas y casi inverosímiles protesis que hoy se usan, ni están al alcance de todas las fortunas, ni dejan al individuo apto para cualquier profesión ó industria». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 22 de Julio de 1902.

Microbio de la disentería epidémica.—El Dr. A. CHANTEMESSE: En abril de 1888, el profesor Cornil presentó á la Academia en mi nombre y en el del Dr. Widal, un trabajo titulado *Microbio de la disentería epidémica*.

En este trabajo dábamos á conocer el descubrimiento del bacilo de la di-

sentería, los caracteres bacteriológicos de este germen, tales como la técnica de aquella época permitían señalarles, su papel patógeno, su presencia en cultivo puro en los ganglios mesentéricos de los enfermos que mueren de un ataque agudo de disentería y su *falta completa en las deposiciones de los enfermos sanos que jamás han padecido disentería*. Hicimos esta observación porque nos fué posible practicar poco tiempo después de la muerte, y en condiciones excepcionalmente favorables, la autopsia de un hombre que había contraído dicha enfermedad en el Tonquín y murió en Argel á consecuencia de una recaída aguda de disentería.

Nuestro trabajo fué objeto de varias críticas. En aquella misma sesión los Dres. Leroy de Méricourt y Rochard manifestaron que la disentería era una enfermedad en relación demasiado evidente con las variaciones atmosféricas, para que pudiera ser atribuída á la presencia de un germen específico. Se objetó también que la causa de la disentería era indudablemente un amibo entrevisto por Koch y descrito por Kartulis. No se dió importancia á la afirmación de que nuestro microbio no se encuentra en el individuo sano, y que le descubrimos en los ganglios mesentéricos de un hombre muerto á consecuencia de un ataque violento de disentería. Se dedujo que habíamos observado sencillamente un colibacilo ordinario. Es la misma objeción que se nos hizo cuando nuestras primeras investigaciones sobre el bacilo tífico. El tiempo ha pasado. En 1893 Kruse y Pascuale estudiaron en Alemania una epidemia de disentería, en la que encontraron amibos y el bacilo que hemos señalado. Dos años después, en los *Anales de higiene experimental italianos*, Celli publicó un trabajo notabilísimo sobre el bacilo de la disentería; confirmó el carácter específico de este microbio por el estudio de la toxina disentérica que pudo extraer, y tuvo la lealtad científica de reconocer que su bacilo disentérico era el mismo que habíamos descrito nosotros. Los caracteres principales de la toxina disentérica encontrada por Celli, han sido confirmados después por Roger. En 1898, el japonés Shiga publicó (*Centralbl. f. Bakt.*) la relación de sus largas y concienzudas investigaciones sobre el bacilo encontrado en 62 casos de disentería observada en el Japón. Según la descripción minuciosa de Shiga, los caracteres de su bacilo disentérico son exactamente idénticos á los que hemos dado á conocer; nada ha variado de nuestra descripción, y las alteraciones patológicas que el bacilo de la disentería provoca en el conejillo en el Japón, son las mismas que las descritas en París diez años antes. Es verdad que aunque nada se ha modificado de nuestra descripción antigua, ha habido adiciones debidas á los progresos que ha realizado la técnica bacteriológica en diez años.

Shiga estudió lo que no hicimos, la energía fermentativa de este microbio sobre los azúcares, señaló la falta de producción de indol, y sobre todo, punto importante, el carácter que tiene este microbio de ser aglutinado por el suero de los disentéricos, suero que es impotente para aglutinar el colibacilo ordinario ó el bacilo tífico. No estudiamos este carácter en 1888, porque en aquella época la técnica bacteriológica no se había enriquecido todavía con el método de la serorreacción. Después del trabajo de Shiga, las investigaciones confirmadoras se han multiplicado. La invasión de las Filipinas por los americanos ha producido epidemias de disentería numerosas y mortíferas. Los americanos Flexner y Stroung, Vedder y Duval, el ale-

man Kruse, los franceses Roger, Moreul y Rieux, en Bretaña, en Argelia, en China, han descubierto la presencia del mismo bacilo disentérico en las deposiciones recientes de los enfermos, sobre todo en el producto del raspado de la mucosa del intestino grueso y en los ganglios del mesenterio.

No seré muy extenso respecto á los caracteres bacteriológicos del bacilo de la disentería. Sólo indicaré algunos puntos principales, recomendando al lector la lectura de lo que publicamos en 1888.

Considerado desde el punto de vista de su acción sobre los medios de cultivo de los laboratorios puede decirse, sin forzar demasiado los términos, que el bacilo de la disentería ocupa el término medio entre el colibacilo y el bacilo tífico. Poco móvil, aunque tiene pestañas (coloración por el método de Van Ermenghen), hace fermentar los azúcares algo más que el bacilo tífico y menos que el colibacilo. Por este motivo tarda de ordinario en coagular la leche. Sembrado en el caldo de carne sin peptona, adicionado de gelosa y de 1 por 100 de glicosa, tarda veinticuatro horas en formar burbujas de gases, al contrario que el colibacilo—lo que constituye un procedimiento de diagnóstico — y no produce indol en el caldo peptona (reacción de Legal-Weyl). En la patata forma un cultivo poco desarrollado, que tira al amarillo y algo seco.

En 1888 opusimos este carácter al del cultivo del colibacilo en el mismo medio, que es más abundante, más jugoso y más morenuzco. Su forma es bacilar, su longitud llega á 1 ó 3 μ y sus extremidades son redondas ; no manifiesta tendencia alguna á agruparse ; se presenta de ordinario aislado ó por parejas. No se tiñe por el Gram. Experimenta con la mayor facilidad actos de involución ; en el cultivo muy joven, su diámetro transversal es algo mayor, lo que le da un aspecto algo ventrudo que llamó nuestra atención en 1888. En la gelosa y la gelatina se desarrolla con más lentitud que el colibacilo, carácter que han utilizado Vedder y Duval para el aislamiento del microbio. En placas de gelosa ó de gelatina se distinguen en las colonias las dos zonas de que hemos hablado. El bacilo disentérico es patógeno para un gran número de especies animales ; en el conejillo de Indias, según las dosis y la virulencia, las lesiones varían de una simple gangrena local á una septicemia generalizada. El modo de reacción orgánica es casi siempre serofibrinoso.

Cuando se estudian los ejemplares de bacilos disentéricos procedentes de diversos puntos, Tonkín, Alemania, Italia, Egipto, Japón, Filipinas, Indias Occidentales, Estados Unidos, Francia, China, Argelia (el Dr. Moreul, de Landerneau, me ha remitido microbios de estas últimas procedencias) se nota en el desarrollo de las colonias, en sus propiedades fermentativas de los azúcares, algunas ligeras diferencias que desaparecen cuando se hacen varios cultivos. Estas variaciones no tienen importancia alguna, y la especie microbiana queda única.

El bacilo disentérico es mucho más sensible al ácido fénico que el colibacilo. Desde este punto de vista se asemeja al bacilo tífico. Es por lo tanto fácil emplear para separarle del colibacilo el método que he dado á conocer para la separación del colibacilo ó del bacilo de Eberth, fundado en la adición al medio de cultivo (caldo de carne sin peptona, glicosa 1 por 100 y gelosa) de cierta cantidad de ácido fénico. Si en un tubo de 10 cent. cúb. de

caldo gelosado, glicosado, neutro ó ligeramente alcalino se vierten 4 ó 5 gotas de una disolución de ácido fénico al 5 por 100, y después de sembrarlo con una dilución de materias fecales de disentéricos se vierte el medio de cultivo en placas de Petri, se observa que después de doce horas de permanecer en la estufa la mayor parte de las colonias de colibacilos se hace perceptible á simple vista. Dejando el cultivo tres horas más en la estufa se ven aparecer en la gelosa colonias nuevas y finas. Estas colonias, cuya aparición ha sido retardada por el ácido fénico, están constituídas casi todas por bacilos disentéricos. Podemos convencernos de ellos, sembrándolas en caldo adicionado de suero antidisentérico en el que, al desarrollarse, se aglutinan. Pueden sembrarse también en caldo gelosado y glicosado — sin peptona — en el que se desarrollan en veinticuatro horas, sin formar gases, mientras que las colonias de colibacilos sembradas en las mismas condiciones forman burbujas gaseosas que disocian el medio

Algunos autores americanos proponen dar el nombre de Shiga al bacilo que descubrimos en 1888. Cuando Talamon dió á conocer el neumococo, su descripción fué menos completa que la posterior de Fränkel ; cuando Eberth señaló la presencia del bacilo tífico en el bazo no había hecho cultivos, y las particularidades de su cultivo fueron fijadas después por Gaffky. ¿Se sigue de aquí que se haya negado á Talamon y á Eberth la prioridad de su descubrimiento? En 1874 Armaner Hausen señaló la presencia de un bacilo en las simples disociaciones de los tubérculos leprosos. ¿No empleó el método colorante, y hasta diez años después no dió á conocer Neisser de una manera detallada y exacta los caracteres de este microbio? ¿Puede atribuirse, sin embargo, á Neisser el descubrimiento del bacilo de la lepra?

Los trabajos de estos últimos años han cambiado de un modo notable nuestros conocimientos sobre la disentería. Los términos disentería *catarral*, *epidémica*, *tropical* y *diftérica*, no tienen significación precisa. El catarro del intestino grueso es una lesión anatómica que puede presentarse en la disentería y en otras muchas enfermedades intestinales ; las circunscripciones geográficas tampoco determinan el carácter etiológico de las disenterías. Sólo es posible hacer la luz por una clasificación que tenga en cuenta el agente microbiano causal, y entonces se ve que las disenterías epidémicas ó esporádicas que aparecen en una región ó en otra, son provocadas por el cultivo intestinal de dos especies microbianas, completamente distintas, un amibo y un bacilo.

1.° *Disentería amibiana.*—Fué observada por Kartulis en Egipto. En 1890, Osler descubrió amibos en el absceso del hígado de un médico joven, que contrajo la disentería en Panamá; Councilman y Lafleur, en América, Marchoux, en el Senegal, han publicado trabajos clásicos sobre esta forma de disentería. Se desarrolla de una manera más bien esporádica que epidémica; ataca, de preferencia, á los hombres adultos. En ocasiones, puede arrebatar al enfermo en pocas semanas ; sigue, de ordinario, una marcha crónica poco febril. Los enfermos hacen deposiciones frecuentes que contienen mucosidades, sangre, pus, amibos. La enfermedad dura meses y años con períodos de estreñimiento y de diarrea ; cura ó termina por extenuación, por perforación intestinal y, sobre todo, por absceso del hígado. Esta variedad de disentería tiende poco á la expansión epidémica ; sigue, de ordinario, una

marcha crónica. La *sangre de estos enfermos no aglutina el bacilo disentérico* (Osler).

2.° *Disentería bacilar.*—Esta es, sobre todo, epidémica, infecciosa; puede matar con rapidez por su propio virus, ó bien, lo que es más frecuente, al seguir una marcha crónica, produce ulceraciones y engrosamientos considerables de las paredes del intestino grueso.

Esta variedad, además de su carácter epidémico, puede revestir la forma aislada ó presentarse como complicación en diversas enfermedades crónicas. Es causada por la multiplicación en la cavidad intestinal, en las paredes del intestino grueso, en los ganglios del mesenterio, en el bazo y muchas veces en otros parénquimas de un bacilo especial que aglutina la sangre de los enfermos que padecen disentería desde algunos días antes.

Los caracteres que acabo de indicar bastan para dar una prueba fehaciente del carácter específico de este microbio. Se han obtenido recientemente pruebas más palmarias sacadas de la experimentación en el hombre. Flexner dice que un individuo que había ingerido por inadvertencia bacilos disentéricos, tuvo un ataque de disentería perfectamente caracterizado. Strong refiere que hizo comer á un prisionero filipino un cultivo de disentería, y que este hombre tuvo una disentería típica con bacilos característicos en las deposiciones.

Nuestra comunicación de 1888 á la Academia de Medicina, terminaba con la frase siguiente: «La presencia del bacilo que describimos en las paredes intestinales, los ganglios mesentéricos y los órganos profundos de un hombre que sucumbió á consecuencia de un ataque agudo de disentería, su existencia en las cámaras de cinco disentéricos, su falta en las deposiciones del hombre sano, las lesiones que produce en el intestino y en las vísceras del conejillo de Indias, abogan en favor de su especificidad».

Desde hace catorce años, se han practicado en todo el mundo investigaciones de comprobación múltiples: Alemania (Kruse); Italia y Egipto (Celli); Japón (Shiga); Filipinas (Flexner, Strong); Indias Occidentales, Estados Unidos (Vedder y Duval); China, Argelia, Francia (Arnaud, Roger, Moreul y Rieux). *Hombres sometidos á la ingestión de esta especie microbiana han padecido disentería*, perfectamente caracterizada.

Puedo afirmar ante la Academia como un hecho demostrado, el carácter específico del bacilo que provoca la disentería epidémica, enfermedad que, según opinión del profesor Colin, influye sobre la mortalidad de las diversas poblaciones del globo más que la peste, la fiebre amarilla y el cólera.

(*Bull. de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 11 *de Junio de* 1902.

Foliculoma maligno del ovario. — El Dr. Gottschalk: Una mujer de cuarenta y ocho años, que había parido tres veces, enfermó seis meses antes de su ingreso con hinchazón de vientre, sensación de debilidad progresiva y

deseo frecuente de orinar. Cuando la ví, estaba muy caquéctica, con el vientre muy abultado, tanto que tenía un perímetro de 120 cm; en la cavidad abdominal se apreciaba la existencia de líquido libre; había anasarca en los piés y la orina no contenía albúmina. Por la vagina se percibía que el útero estaba en retroflexión, y colocándose la enferma en posición genupectoral, se descubría la existencia de un tumor del ovario derecho, que llegaba por delante hasta el útero. Practiqué la laparotomía y salió entonces una gran cantidad de líquido seroso, que después apareció con tinte sanguinolento, y que tenía un peso específico de 1200 y una gran proporción de albúmina. En la pelvis había un tumor casi del tamaño de un puño, que en algunos puntos parecía de naturaleza muscular; estaba cubierto de petequias y tenía la forma de un ovario muy voluminoso. Creyendo que se trataba de un tumor maligno, extirpé los dos ovarios. La mujer no ha vuelto á tener la menor novedad, y hay que contar con que la operación ya se practicó hace más de cuatro años.

El tumor estaba rodeado de una cápsula, que representaba la albugínea del ovario, tenía la consistencia de un mioma blando y presentaba en la superficie de sección una distinción bien marcada de dos zonas: una marginal y otra medular. La primera presentaba un gran número de quistes pequeños y cuyo contenido tenía un color amarillo de ambar, que se volvía más obscuro al endurecer la preparación en el líquido de Müller; la zona central era de consistencia sólida y uniforme.

El examen microscópico dió el resultado siguiente: El neoplasma estaba constituído por estroma y parénquima; en el estroma había numerosas hemorragias; el tejido en conjunto era pobre en células y en algunos puntos hialino. Las células parenquimatosas presentaban un tipo fundamental bien determinado; eran cuerpos solitarios, de contorno muy preciso, sin cápsula y con numerosos núcleos estratificados. Cuando estos núcleos estaban algo apiñados, se formaban por segmentación generaciones hijas, que presentaban el mismo tipo y se disponían en grupos.

Una vez que la formación histológica alcanza ciertas dimensiones, se liquida el contenido y sólo queda una zona marginal formada por núcleos. Estas vesículas pueden confluir, presentándose así un aspecto parecido al del bocio maligno. El destino final de estas vesículas que confluyen es el de convertirse en los quistes que existen en la zona marginal. Esta última representa, por lo tanto, la parte más antigua del tumor. Además, se ven formaciones alargadas, que presentan el aspecto del endotelio de un vaso linfático con carácter cúbico; también estos elementos provienen de los cuerpos anteriormente descritos. Tienen la propiedad de corroer los vasos, explicándose así las numerosas hemorragias que también se encuentran.

El parénquima es probablemente de tejido conjuntivo y no epitelial, porque con el endurecimiento no se ha retraído el estroma en ningún punto, y tampoco se encuentra en ninguna parte una infiltración reactiva de células pequeñas, que sería la regla de tratarse de un tumor epitelial maligno.

El tumor tiene cierta semejanza con un bocio aberrante; sin embargo, excluyo esta idea, porque sólo las formaciones secundarias son las que se parecen á la estructura de la glándula tiroides; las primitivas se distinguen muy bien de ellas. Además, en ese caso, las formaciones más jóvenes ha-

brían de ser precisamente las que se hallaran situadas en la periferia. Hay que añadir también que en el ovario sólo se han encontrado elementos de la glándula tiroides cuando existían al mismo tiempo otros elementos epiteliales que en el caso actual faltaban por completo.

Como punto de origen del tumor, cabe pensar en las células del tejido conjuntivo, en el endotelio ó en la pared del folículo.

Contra el origen á expensas de las células del tejido conjuntivo, depone el hecho de que faltaba el crecimiento por aposición, y que tampoco se consiguió demostrar en ningún punto la transición de células de tejido conjuntivo á elementos del tumor. Por mucho tiempo creí que éste era un epitelioma, pero no me fué posible en ninguna parte encontrar comunicación alguna de los elementos morfológicos con las vías linfáticas. Tampoco se explica con esta hipótesis, por qué se encuentran las partes más antiguas del tumor en la capa cortical.

A lo que más se parece el crecimiento de los elementos del tumor, es al crecimiento del folículo primordial; además, en este supuesto se explica bien la fusión íntima de las células parenquimatosas con el estroma, la formación de quistes en la corteza y todos los demás hechos. El contenido del quiste no creo que es substancia coloidea, aunque falta una reacción que caracterice á esta substancia.

El Dr. Pick: Creo que no hay absolutamente ningún motivo para admitir el nuevo tipo de neoplasma que propone Gottschalk, y en mi opinión, se trata de un bocio tiroideo hiperplástico. La semejanza entre el folículo primordial y los elementos neoplásicos consiste tan sólo en su forma exterior; en ninguna parte presentan los últimos la menor indicación de que tengan las propiedades fisiológicas del folículo primordial. Verdad es que en el ovario existen tumores con formaciones foliculares; sin embargo, hasta ahora no se ha descrito en ninguna parte un tumor procedente del epitelio folicular. La falta de otros elementos epiteliales no es argumento en contra de que se trate de un bocio, puesto que este hecho ya se ha observado varias veces de un modo cierto é indudable. También cabe la posibilidad de que la enferma respectiva ya tuviera quizá un tumorcito del bocio, del cual hubiese partido la metastasis del ovario, por más que esta localización tiene algo de singular. De todos módos, para mí es indudable que el tumor es un bocio típico.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 14 *de Marzo de* 1902.

Anatomía sistemática y terapéutica de las posiciones del útero.—El Dr. *Mackenrodt* dice que las posiciones del útero en cuanto á su origen no deben separarse del tejido conjuntivo pelviano y de la distopia de los demás órganos de la pelvis; hay que prescindir de todo concepto y tratamiento esquemático. La posición normal se desarrolla seguramente de la anteflexión fetal que

resulta del crecimiento longitudinal del cuello, mientras el fondo queda retenido de un modo particular en la profundidad de la pelvis. También en la pelvis adulta el ligamento redondo obra en el mismo sentido, si bien de una manera mucho menos intensa que en el feto. Los principales medios de fijación son los ligamentos transversos, que no solamente soportan el cuello y por el curso particular de sus fibras lo tiran todavía más hacia atrás que los llamados retractores, sino que también se hallan maravillosamente interesados en la anteflexión del cuerpo uterino. También han de considerarse como soportes el suelo de la pelvis con su raja para el paso de la vagina y del recto, importante para la posición del útero. El puerperio con sus conocidas alteraciones produce una mayor inestabilidad. Es un error considerar las desviaciones como datos independientes; siempre se trata de la afección equivalente de varios y muchas veces de todos los órganos pelvianos; por esto han de tratarse siempre como consecuencia forzosa de una causa que debe mencionarse en primer término. Para la exploración puede tratarse tan sólo de las dislocaciones del útero: *a*) nulíparo; y *b*) uníparo ó multíparo. Inflamaciones y tumores no pertenecen á este capítulo.

Según esto, después de los exactos análisis de las posiciones se crea una clasificación en que casi siempre se designa con una breve palabra toda la extensión de la distopia.

El tratamiento deberá variar según el caso individual, pero ateniéndose á principios fijos. No es científico meter todos los casos bajo el grupo de un método terapéutico único; resultados satisfactorios positivos pueden esperarse tan sólo del empleo bien meditado de los diversos recursos que tenemos á nuestra disposición, cada uno de los cuales tiene su esfera de indicación muy circunscrita.

El Dr. *Olshausen*, entrando en la discusión de las conferencias de los doctores Koblanck y Mackenrodt, considera la del último como una importante contribución á la estática de los órganos pelvianos, pero los resultados obtenidos en cadáveres de recién nacidas, si no son muy numerosos no le parecen del todo certeros, porque precisamente en éstas, dada la laxitud de todos los órganos, la posición del útero es particularmente variable. Tampoco pueden aplicarse desde luego á las adultas los datos obtenidos en las recién nacidas. En cuanto á las opiniones del Dr. Koblanck, Olshausen cree que la retroflexión simple, incomplicada, del útero, aun cuando muchísimas veces no provoca síntomas, no deja de ser con frecuencia la causa directa de numerosas molestias que desaparecen pronto y con seguridad después de remediarse la flexión. Del tratamiento con pesarios Olshausen tiene una opinión mucho más favorable que Koblanck, pero se requiere mucha atención, especialización de los casos y paciencia para conseguir buenos resultados, los cuales son mucho mejores en la clientela privada que en la policlínica. La ventrofijación perfeccionada por Koblanck da resultados enteramente seguros, fijando el útero sin quitarle movilidad. En la retroflexión móvil Olshausen empleó desde hace algunos años con el mejor resultado la operación de Alexander-Adams. Si la técnica no es correcta, resulta ciertamente anteposición, mas cuando es correcta, el resultado es la anteversión-flexión normal.

El Dr. *Bröse* llama la atención sobre la importancia de los ligamentos

sacro-uterinos para la conservación normal del útero, así como sobre el interés de las observaciones de Schulze sobre el origen de la retroflexión del útero cuando por una parametritis posterior crónica los ligamentos sacro-uterinos han quedado destruídos.

Con respecto á la conferencia de Koblanck, es de la misma opinión que Olshausen, á saber : que la retroflexión en muchas mujeres representa tan sólo un estado de anatomía patológica, pero que en otras puede constituir una grave enfermedad aun sin ninguna complicación. Sabido es que la retroflexión del útero embarazado puede provocar síntomas graves, pero también la retroflexión reciente del útero puerperal puede producir fenómenos serios por las fuertes hemorragias, así como por fenómenos de compresión, especialmente sobre las grandes venas de la pelvis. Una complicación se presenta como consecuencia de la retroflexión, en forma de endometritis fungosa, influída por la opinión de que la coincidencia de esta endometritis y la retroflexión era una pura casualidad. Bröse ha tratado varios casos de esta clase tan sólo con el legrado de la mucosa sin corregir la situación del útero, pero las hemorragias no cesaron sino cuando hubo enderezado el útero y mantenido en su posición por medio del pesario. Esto demuestra evidentemente que existe un enlace entre la endometritis fungosa y la retroflexión. También hay una conexión directa de los síntomas reflejos, como dolor de cabeza, dispepsia, etc., con la retroflexión.

Algunos médicos consideran los resultados terapéuticos, obtenidos en estos casos por la corrección de la posición del útero, como efectos sugestivos en mujeres histéricas. Naturalmente, también estas últimas pueden padecer de retroflexión, pero precisamente en éstas se observa que sus molestias no desaparecen con el enderezamiento del útero. El histerismo no tiene nada que ver con la retroflexión del útero. El tratamiento con los pesarios produce á veces resultados muy buenos. Con mucha frecuencia emplea la operación de Alexandre-Adams. Por lo demás, importa escoger para cada caso de retroflexión el método operatorio adecuado al individuo.

El Dr. *Flaischlen* ha visto con gusto que el tratamiento por medio de los pesarios tiene todavía muchos partidarios ; él también ha obtenido resultados muy satisfactorios, pudiendo en bastantes pacientes comprobar que la curación persistía años enteros. Esta curación duradera puede esperarse cuando se logra mantener el útero en anteflexión por medio de un pesario pequeño poco encorvado. También le satisface que los Dres. Olshausen y Koblank son ahora partidarios de la operación de Alexandre-Adams, recomendada por él hace varios años ; el resultado final de la misma es muy bueno, persistiendo en algunos ya de cinco á seis años.

El Dr. *Czempin* dice que divide las retroflexiones en dos grupos principales : la retroflexión virginal, que se observa en las nulíparas, y que antes se calificaba muchas veces equivocadamente de retroflexión congénita y la retroflexión puerperal, aquella forma que, directa ó indirectamente, resulta por las consecuencias del embarazo, parto y puerperio. Pero si los doctores Mackenrodt y Olshausen consideran la brevedad de la pared anterior de la vagina típica en la retroflexión virginal como causa de la desviación, él es de la opinión opuesta, á saber : de que es consecuencia de la retroflexión y que ésta, á su vez, es consecuencia de la hipoplasia de los órganos genita-

les. La producción de esta anomalía puede explicarse porque el útero, al principio de la pubertad, pasa de la forma infantil á la forma púbera, que todavía dista mucho en figura, volumen y tono del útero maduro de la mujer adulta. Pues bien, si en esta época de la vida se presenta el trastorno del desarrollo conocido por el nombre de clorosis, los órganos genitales internos quedan rezagados, y el útero, pequeño y flojo, se echa fácilmente atrás bajo diversos influjos externos; si queda en retroflexión, se desarrolla más tarde, cuando la clorosis cesa; los ligamentos y tejidos del útero y de la vagina continúan desarrollándose. La pared anterior de la vagina no tiene ningún motivo de adquirir mayor longitud que la que corresponde á la situación del labio anterior del orificio uterino, con respecto á la sínfisis. Muchas veces él ha observado que, cuando tales mujeres llegan á parir, este acortamiento de la pared vaginal anterior y la falta de fondo anterior persisten, y hasta en mujeres que no hemos explorado antes de su embarazo podemos diagnosticar con certeza la retroflexión como anterior, como virginal.

A la retroflexión puerperal corresponde el grupo designado por Mackenrodt con el nombre de *desmolisis*, caracterizando muy acertadamente la relajación de los ligamentos, la dilatación de la raja en el suelo de la pelvis y haciendo constar con razón que en estos casos la ventrofijación es un método irracional, porque deja subsistir la relajación del aparato ligamentoso. Pero al describir los diversos fenómenos dejó de llamar la atención sobre un fenómeno muy importante, á saber: el tono del útero sobre el cual se basa toda la terapéutica con pesarios. Sólo cuando el útero constituye un todo sólido resiste á la presión de la prensa abdominal; si su tejido es laxo y el ángulo de doblamiento es atrófico, vuelve á doblarse, poniéndose en retroflexión á pesar del pesario. En cuanto á la terapéutica operatoria, aprecio como Mackenrodt la operación de Wertheim, á saber: el acortamiento de los ligamientos sacrouterinos con simultánea vaginofijación ó acortamiento de los ligamientos redondos varias veces ya hecho con buen éxito; pero en los prolapsos totales la he reemplazado casi siempre por la extirpación del útero con suturación de los labios de la herida vaginal á los muñones de los ligamentos infundibuliformes de la pelvis. Finalmente, hay que mencionar aún la retroflexión intermitente, pues muchas veces se observa que la retroflexión desaparece espontáneamente y luego reaparece por una temporada. Tales casos son importantes para el resultado del tratamiento con pesario, así como para el éxito mencionado por Koblanck, de un sólo enderezamiento en el puerperio. En éste es inconveniente recurrir demasiado pronto á los pesarios; pues Czempin vió sobrevenir una larga fiebre puerperal, y por esto no instituye dicho tratamiento antes de la cuarta semana.

El Dr. *Gebhard* dice que en 15 de 125 casos de retroflexión, ha obtenido el fin apetecido con el tratamiento mediante el pesario ó la hidroterapia; en los otros 50 casos hubo de recurrirse á la operación. En 34 se practicó la ventrofijación vaginal. Nunca hubo lesiones secundarias, durando la operación diez minutos. Los resultados definitivos fueron buenos, habiendo tan sólo una recidiva en los 34 casos.

El Dr. *Roberto Meyer* prefiere en los fetos y recién nacidos, al método de

congelación, la inyección de 4 á 10 por 100 de formalina en la vena umbilical y disección con un cuchillo muy afilado. Las flexiones en ángulo recto hacia adelante no son lo normal, pero tampoco son raras; la doblez de modo que el cuerpo y el cuello se toca sin que haya la vejiga entre medio, es anormal. Todo cuanto se hace responsable de la posición del útero, puede influir directa ó indirectamente, afectando las más de las veces la posición del cuello. La actitud del cuerpo depende en primer término de la posición y plenitud de los órganos vecinos; esta vence con suma facilidad el influjo de todos los ligamentos. También en los adultos no se aprecia bastante este influjo de la vejiga y del recto en frente de otros factores. En cuanto á la llamada «presión intra-abdominal» desempeñan un gran papel la presión de los órganos vecinos, vejiga y recto y la gravedad.

El Dr. *Jaquet* dice que se alegra mucho que el tratamiento con los pesarios haya vuelto á estar en boga y que los malos resultados de Koblank han de atribuirse en parte á que su material era preferentemente policlínico y en parte á la elección del pesario. Para conseguir una curación, el pesario más impropio es el de Thomas, porque distiende fuertemente los ligamentos sacrouterinos en lugar de hacerlos más cortos y más tiesos; teóricamente el mejor pesario es el de B. Schultze, sólo que con éste es difícil la limpieza radical de la vagina y por esto favorece la formación de erosiones. Jaquet emplea su propio instrumento, que presenta un arco ancho no doblado hacia abajo, descansando por delante sobre las ramas púbicas horizontales y un arco posterior que no sube mucho en el fondo vaginal posterior. Así una de 50 á 60 por 100 empleando de dos á tres años. En los casos complicados con nefritis crónica las enfermas no pierden sus molestias dependientes de la afección renal como tampoco las histéricas sus psicosis.

El Dr. *P. Strassmann* dice que hace falta una explicación detallada del acortamiento propuesto por Mackenrodt del aparato ligamentario posterior y lateral.

Dice que los resultados del tratamiento con los pesarios no dependen únicamente de los instrumentos y de la práctica del médico, sino también de la elección de los casos. Las retroflexiones «puras» son curables. Los desgarros profundos del cuello, los defectos de la pared posterior de la vagina, la metritis crónica, etc., ó no mejoran nada con los pesarios ú obligan á llevarlos constantemente. Sobre esto hay que llamar la atención de las pacientes que muchas veces, sólo después de algún tiempo, se deciden á la operación. Los pesarios de celuloide provocan molestias por decúbito, porque por el calor del cuerpo toman luego una forma redonda. Los mejores son los de *estaño*, que se distinguen por su baratura y su flexibilidad y limpieza. Se lavan cada dos días por medio de irrigaciones y se cambian cuatro ó seis veces al año. Cuando el aro de estaño no sirve se emplea el pesario de Thomas. En la cistocele, el descenso anterior, Strassmann hace llenar la mitad anterior del pesario con una placa delgada. Toda paciente á que se da un pesario recibe una instrucción impresa que dice:

Preceptos para pacientes que llevan pesario.— 1.° La paciente debe presentarse cada cuatro semanas, por regla general después de terminar la regla para que se le limpie el aro; 2.°, la paciente debe presentarse inmediatamente:

a) Cuando el pesario la molesta;

b) Cuando es difícil la emisión de la orina ó la defecación;

c) Cuando el flujo resulta más abundante ó sanguinolento ó de mal olor;

d) Cuando el aro se ha salido.

3.° Si el pesario se introdujo durante el embarazo ó á beneficio de la anestesia, la paciente deberá presentarse otra vez al día siguiente.

4.° Sólo el médico debe sacar y reintroducir el aro.

5.° Si no se le dice expresamente otra cosa, la paciente deberá hacer diariamente una ó dos irrigaciones vaginales con agua tibia pura. También durante la regla pueden hacerse estas irrigaciones.

6.° Deben evitarse todo trabajo pesado, levantar cestas, estar de pié mucho tiempo y constante coser á la máquina.

7.° No debe retener la orina y procurar ir de cuerpo una vez al día.

8.° Cuando una paciente que ha llevado un pesario llega á parir, debe presentarse cuanto antes después del puerperio para prevenir la persistencia de la doblez.

Por la observancia de este último consejo se han obtenido repetidas veces curaciones definitivas. Antes de terminar la tercera semana después del parto, no vuelve á introducirse el pesario.

Las retroflexiones traumáticas son muy raras, casi siempre se trata de la exacerbación de los síntomas de retroflexiones ya existentes. Strassmann llama la atención sobre las alteraciones á modo de varicocele del ligamento ancho, torcido en la retroflexión de larga persistencia, que provoca no solamente congestiones uterinas, sino también alteraciones crónicas de los ovarios y menstruaciones dolorosas.

El Dr. *Lehmann* dice que en comparación con las cifras elevadas de curación, hasta 60 por 100, sus propios resultados son malos, como lo son los de Küstner. Las grandes diferencias dependen por un lado de la diversidad de los casos que varían entre una simple retroflexión del útero y la enteroptosis de todas las vísceras abdominales y pelvianas, y luego del concepto de curación, si se entiende por tal el estado subjetivo con y sin pesario, ó bien la posición correcta del útero sin pesario al menos durante un año. La terapéutica de la retroflexión por enderezamiento simple ó múltiple del útero sin uso de pesario, ha sido publicada ya en 1865 por Ed. Martín. La producción de doblez por la retrotorsión se observa bastantes veces. En el puerperio la retroflexión se observa muchas veces sólo después de la primera semana y después del período de confinamiento á la cama.

El Dr. *Koblanck* replica que las preparaciones de Mackenrodt no le parecen demostrativas para las opiniones del mismo acerca de la posición del útero: en el feto, por ejemplo, la pared abdominal se aplica directamente á la columna vertebral, y esto influye grandemente en la posición del útero. La terapéutica, por medio de los pesarios, da resultados muy satisfactorios según los datos de Gebhard; pero la falta de molestias no arguye la curación de la retroflexión. Tampoco las observaciones de Olshausen y Bröse demuestran la frecuencia de la curación, pues falta la comprobación sistemática. La retroflexión no le parece de ninguna manera falta de importancia. Las operaciones deben atacar los ligamentos redondos ó el peritoneo, pero no al útero mismo para evitar el peligro de la hemorragia y el salir de los

hilos: hay que tener en cuenta la etiología de la retroflexión. El esquema de Mackenrodt sobre la causa y el tratamiento de la retroflexión no es completo; faltan, por ejemplo, las desviaciones debidas á la relajación de la substancia uterina. El acortamiento de los ligamentos redondos lo ha abandonado Koblanck á causa de las vivas molestias para las pacientes. En la ventrofijación vaginal Koblanck no ha encontrado dificultades, y si por los perfeccionamientos se evitan los peligros, no queda lugar á objeciones. El continúa enseñando el tratamiento con los pesarios, y con el primitivo de Thomas se obtienen en la policlínica inmejorables resultados.

El Dr. *Mackenrodt* replica que, con respecto de algunas malas inteligencias, remite á la publicación completa de su conferencia; le importaba demostrar la imposibilidad de separar las distopias uterinas de las pelvianas y demostrar en segundo término que, en su esquema de las desviaciones, se trata de criterios objetivos que á cada momento pueden descubrirse por el investigador y designarse con una sola palabra característica. La anteflexión fetal garantiza mejor la normalidad ulterior del útero; no importa que otras posiciones fetales no sean menos frecuentes que la anteflexión. No cabe duda de que las distopias traumáticas son muy frecuentes.

(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

La gelatina en las enterorragias disentéricas. — Refiere Geraldini que en algunos casos de enterorragias graves y rebeldes sobrevenidas en el curso de la disentería, apeló al empleo de la gelatina en forma de enemas, de suerte que cada día hacía poner al enfermo un enema de 200 cm³ de una disolución de gelatina al 2 por 100.

El éxito fué notable, puesto que las hemorragias cesaron con el uso de la gelatina, después de haber sido combatidas inútilmente con una porción de medios. — (*Gazzetta degli Ospedali*). — R. del Valle.

Patogenia y tratamiento del eczema pruriginoso. — Para el Dr. A. Robin el eczema pruriginoso es debido á la eliminación por la piel de los ácidos de fermentación dependientes de un estado dispépsico.

Como tratamiento aconseja el siguiente:

1.° Régimen lácteo absoluto, cuando menos durante ocho días. Cada tres horas el enfermo tomará medio litro de leche esterilizada caliente á pequeñas cantidades, tardando treinta minutos en tomar esta cantidad de leche.

2.° Para evitar la formación de ácido láctico, en medio de cada toma de leche se hará ingerir al enfermo una cucharada de la disolución siguiente:

Fluoruro de amonio.....	20 centígramos.
Agua destilada..	100 gramos.

Si el ácido de fermentación es el butírico en vez del láctico, se empleará el eritrol.

3.° Siempre que el enfermo sienta molestia en el estómago, ágrio, calambres, etc., saturará el exceso de ácido por una disolución de los polvos siguientes, que debe tomar mezclados con leche ó con agua:

Lactosa	aa.	4 gramos.
Magnesia calcinada		
Bicarbonato de sosa		
Creta preparada		6 —

Divídase en 10 papeles.

Como tratamiento tópico:

1.° Las partes eczematosas y pruriginosas se espolvorearán todos los días con la mezcla siguiente:

Almidón en polvo	60	gramos.
Oxido de zinc en polvo	15	—
Alcanfor finamente pulverizado	2	—

2.° Por la noche se lavarán las partes afectadas con un tapón de algodón hidrófilo mojado en la preparación siguiente:

Silicato de sosa	2	gramos.
Agua hervida	300	—

Es preferible algunas veces emplear el silicato y el pulverizador. Se deja siempre secar el líquido para que la sal disuelta forme una película delgada que aisla la superficie de la piel y después se toca con un pincel mojado en bálsamo del Comendador.

3.° Este bálsamo se seca á poco de ser aplicado y forma un barniz antiséptico que pone la piel al abrigo del aire, y ejerce con el agua silicatada una especie de caparazón que cuesta trabajo separar. La pulverización de agua silicatada caliente se repite todas las noches para desprender todo lo más posible de bálsamo, antes de hacer una nueva aplicación. Los efectos de este tratamiento son de los más rápidos.

(*Bulletin gén. de Thérapeutique*). — F. Toledo.

Valor negativo de la docimasia pulmonar hidrostática en algunos casos en que la cavidad uterina contiene gérmenes. — Los Dres. Fritz Hitschmann y Otto Th. Lindenthal desean llamar la atención de los médicos legistas acerca de un proceso que puede ser causa de que flote el pulmón de un feto sin que éste haya respirado y sin que tampoco haya sobrevenido ningún proceso de putrefacción.

En efecto, en pulmones fetales que no han respirado, puede suceder que bacterias anaerobias desarrollen gas, y que por virtud de este hecho dichos pulmones sobrenaden en el agua, con lo cual este dato no sirve ni en fetos frescos ni en fetos corrompidos para averiguar si el feto ha vivido ó no, mientras no se pueda excluir la intervención de bacterias productoras de gas.—(*Arch. f. Gynäk.*). — R. del Valle.

Emulsión de aceite de ricino. — Para enmascarar el mal sabor del aceite de ricino, aconseja el Dr. F. Lafforme la emulsión siguiente: la dosis de acei-

te de ricino que ha de tomar el enfermo, se emulsiona con una yema de huevo; una vez bien homogénea la mezcla, se la agregan 200 gramos de agua tibia, 20 de azúcar y 10 de agua de azahar, agitando la mezcla. En esta emulsión el aceite de ricino pierde su sabor y la sensación untuosa de cuerpo graso. — (*Bull. gén. de thérapeutique*). — F. Toledo.

Reumatismo articular consecutivo á lesión traumática de carácter contusivo. — Con motivo del caso de un albañil que, atribuyendo un ataque de reumatismo iniciado á los cincuenta y tres días de una caída que llevó estando trabajando, solicita indemnización con arreglo á la ley de accidentes del trabajo vigente en Alemania, el Dr. C. Thiem trata de este asunto, y después de examinar la literatura relativa al mismo, resulta que ya se sabe de 38 casos en que después de una lesión traumática de carácter contusivo, sobrevino un reumatismo articular múltiple y típico. Deduce el autor, por lo tanto, que no hay más remedio que admitir una relación de causa á efecto entre dicha lesión y el reumatismo articular, á condición de que la articulación lesionada sea la primeramente afectada por el reumatismo, y que dicha articulación no haya recobrado su estado fisiológico en el intervalo que ha mediado entre la lesión y la aparición del reumatismo articular. Es preciso que hayan persistido consecuencias del traumatismo en la articulación lesionada hasta el momento de iniciarse la afección reumática.

El hecho de haber padecido un reumatismo articular antes del accidente, predispone la articulación lesionada al desarrollo de nuevas afecciones reumáticas.

En el caso concreto á que se refiere el autor, y como consecuencia de su informe, se le reconoció al albañil derecho á indemnización por el tiempo que duró la afección reumática.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. del Valle.

Fresas y urticaria.—El Dr. Gley, teniendo en cuenta que ciertas personas en cuanto comen fresa padecen brotes congestivos de la piel, cree que esta fruta debe contener alguna substancia anticoagulante, porque todas ellas son linfagogas y ocasionan congestiones cutáneas. Preparó con fresas silvestres un extracto que inyectó á varios animales y observó los mismos efectos que después de la inyección de peptona, es decir, descenso de la presión sanguínea y lentitud de la coagulación. Además, en ciertos animales (conejo, conejillo de Indias) el extracto de fresas neutraliza toda acción aglutinante sobre los glóbulos. Sometió dicho extracto á la diálisis y vió que aunque se le prive de sus elementos azucarados, conserva todas las propiedades. —(*Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CLÍNICA MÉDICA

NUEVO ESTUDIO REFERENTE Á LA SÍFILIS CARDIO-AÓRTICA

POR EL

DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

Aun cuando hace algún tiempo hemos tratado en la REVISTA este asunto, el sinnúmero de casos que venimos recogiendo en nuestra ya larga clínica de cardiopatías, nos induce á publicar este nuevo trabajo, como síntesis clínica de tan interesante cuestión.

Además de los hechos clínicos no bien definidos de sífilis localizada, ya en el corazón, ya en la aorta, hay que tener en cuenta los más obscuros de cardiopatías precoces y los de aneurismas aórticos, que revelan, ó una heredosífilis ó una sífilis aórtica, que ha pasado desconocida hasta llegar á los síntomas aneurismáticos. Por otra parte, la poca importancia que dan los autores á esta cuestión, pues algunos ni aun la nombran, y las inmensas ventajas que reporta en la terapéutica al conocer bien una sífilis cardiovascular, para llegar á conseguir éxitos asombrosos, son razones que nos han movido á rehacer un poco la cuestión y sintetizar, como decimos, el problema del diagnóstico y de las localizaciones principales de los procesos sifilíticos, tanto en el corazón como en la aorta.

Como todos los autores dividiremos este trabajo en dos partes: una referente al corazón, sus cubiertas y sobre todo sus coronarias, y otra referente á la aorta. Asimismo admitimos las dos formas de localización : la difusa y la tumoral ó gomosa, debiendo admitirse otra en clínica, la funcional, en la que por ignorancia todavía no se puede precisar la localización, que ya se vislumbra desde los últimos trabajos referentes á los ganglios cardíacos, tanto en su fisiología

especial como en su patología tan obscura, y tanto más se vislumbra, cuanto que no son raros los hechos de encontrar en numerosas autopsias sifilizados estos ganglios.

Para mayor claridad y sólo como método expositivo, dividiremos nuestro tabajo así:

1.° *Sífilis cardíaca en general.* — Como la causa es única, no haremos la distinción en la noción etiológica que hacen algunos autores (Deguy) de sífilis adquirida y heredosífilis, reservando este asunto como cuestión secundaria, en la aparición de síntomas precoces cardíacos, ya en los niños (Comby), ya en los adolescentes (Huchard), que considera de origen sifilítico las cardiopatías precoces, siempre que se registren entre los antecedentes del enfermo, «que los padres hayan sucumbido de parálisis general ó de tabes».

2.° *Sífilis cardíaca.* — Formas difusas; formas gomosas; pericarditis; miocarditis; endocarditis; coronaritis y arterioesclerosis coronaria.

3.° *Sífilis aórtica.* — Sífilis difusa; aneurismas; angina de pecho sifilítica.

4.° *Neurosis sifilíticas, cardíacas y aórticas.* — Orgánicas; ganglionares, de origen desconocido.

Tal es nuestro programa, que sólo será un estudio razonado, pues el periódico no puede hacer obras clásicas, sino aportar materiales para ellas, y poner sobre el tapete asuntos clínicos de alguna obscuridad, ya en su fisiología patológica, ya en su diagnóstico, ó capaces de mejoramiento terapéutico.

1.° *Sífilis cardíaca en general.* — Común el elemento etiológico en todos los casos que abarca este estudio, vamos á dejar resuelto este problema de una vez para todas, para evitar repeticiones enojosas y que embargan el tiempo. Hemos visto multitud de enfermos cardíacos, desde que influenciados por la escuela de Bouillaud, todo era reuma en la etiología, hasta este momento en que están sistematizadas por completo las causas de las lesiones del corazón. Dejando á un lado la cuestión de todas las demás causas, como paludismo, infección, etc., reduzcamos ahora el asunto á la sífilis.

Obscura la cuestión de la heredosífilis y muy clara la noción del contagio, si bien no se sepa fijamente lo necesario del parasitismo y autointoxicación sifilítica, para nuestro propósito basta considerar el hecho real de la infección sifilítica y de su fenómeno inicial, el chancro duro, para abordar el asunto de relación de causa á efecto entre este proceso inicial y la lesión cardíaca.

No es fácil resolver en la práctica esta relación. En la multitud de enfermos que se han curado por el tratamiento específico, y que lo ha demostrado la naturaleza del padecimiento, ha habido muchos, la mayoría, en la que no era posible ni aun sospechar la sífilis. Hemos tenido que recurrir á interrogatorios minuciosos de muchos días en varios casos, á reconocimientos de los estigmas sifilíticos, y siempre en los casos más obscuros, pero sospechados á los conocimientos en este asunto del Dr. Sanz Bombín, para recoger tal vez perdida en la noche de los tiempos la fase inicial de aquella sífilis, que silenciosa, cual Guadiana traidor, vuelve á mostrarse localizada en órganos de tamaña importancia.

Dos casos pueden ocurrir en la obscura cuestión etiológica. El primero se refiere á una completa y segura ignorancia del enfermo de la época, y aun de la sospecha de haber tenido el síntoma inicial y alguno de los fugaces del período secundario. El segundo á ocultaciones por razón social ó por no creer que aquel chancro sea la causa eficiente de los trastornos cardíacos que motivan la consulta referente á sus padecimientos cardíacos. En ambos hay que ir muy despacio y ahondar mucho en el interrogatorio para llegar á coger el hilo en aquel laberinto etiológico.

Es la sífilis la afección más crónica de todas; de mayor duración y de fases más largas de aparente curación. Se cuentan, no ya por semanas ó meses, sino por años y aun lustros los períodos de sífilis callada, sin síntoma alguno, y á veces el primer síntoma de un nuevo período coincide con una muerte repentina, de difícil explicación, cuando el hecho no va seguido de autopsia, de clara génesis cuando es un caso judicial ó un caso hospitalario. Las trombosis coronarias (Deguy), la muerte citada por Axel-Key de un marino, los hechos de Cayley, de Ashley y muchos de mi clínica confirman esta opinión.

Contagiosa siempre por contacto directo, su manifestación primitiva es á veces tan fugaz, tiende de tal manera á su curación externa, que á veces pasa completamente inadvertida por el paciente, que sólo sabe que es sifilítico por sus manifestaciones secundarias, por su sífilis cardíaca y á veces únicamente por su prole, sifilítica hereditaria. Muy contagiosa por su síntoma inicial (chancro), menos por sus manifestaciones ulcerosas secundarias, pudiendo transmitirse por el virus depositado en potencia, en cosas y objetos sin necesidad de coito ó contacto humano directo, he aquí nuevas dificultades para averiguar la causa sifilítica de las manifestaciones cardíacas que se presentan á nuestra observación y que, sin embar-

go, el tratamiento antisifilítico cura con tal seguridad que asombra su resultado.

Hereditaria, no siempre aparece en la infancia con el repugnante cortejo de síntomas que caracterizan el informe feto sifilítico precoz. La segunda infancia, la pubertad, cuando todavía no es posible admitir el contagio directo, ni los síntomas son nunca primitivos, son las edades de aparición de una sífilis cardíaca que, en forma de hipertrofia de crecimiento, suele presentarse con bastante frecuencia.

Contagiosa de la nodriza al niño, la sífilis, después de un período más ó menos largo de incubación, con sus períodos de falsa curación, suele aparecer con localizaciones cardíacas, cuya investigación etiológica, en éste como en los casos anteriores, es de una dificultad extrema, y en muchos casos no superada, si olvidando que es muy frecuente causa de cardiopatías, no la sospechamos, y con tenacidad algunas veces disculpable, sólo tratamos de resolver el problema de la terapéutica con la insistencia en cardiomotores, que fatigan y no curan, ni alivian al corazón enfermo de una cardiopatía sifilítica.

He de recordar y dar á conocer al llegar á èste punto, las palabras siguientes, que por axiomáticas conservo, de mi maestro, en ésta como en muchas cuestiones clínicas, el Dr. D. Manuel Sanz Bombín. Tratando de las sífilis primitivas fugaces, y que sin casi período secundario están calladas hasta el período terciario, dice el Dr. Bombín que toda sífilis de esta clase es de seguro en su última fase una de las más graves y de mayores localizaciones nerviosas. Pues bien; admitiendo como cierto el hecho, yo me atrevo á ampliar el concepto y decir que, además de estas manifestaciones del sistema nervioso, la sífilis será cardíaca, cuanto menos tegumentaria externa haya sido en su evolución, y que entre las localizaciones nerviosas, no debemos olvidar las ganglionares intracardíacas.

Por lo dicho, se deduce que la primera parte general del problema, la noción etiológica de la sífilis cardíaca, es una cuestión árdua y de solución sumamente difícil, pero que se aclara y resuelve con alguna facilidad, en muchos casos, si la abordamos con entera franqueza en toda historia clínica de un cardíaco, y la tenemos tan presente como se hace con el reumatismo, y se va haciendo con las infecciones. Cierto es que á veces queda en la obscuridad y se resuelve únicamente con el tanteo diagnóstico de la terapéutica.

Hay, pues, que estudiar en todo enfermo arterioesclerósico precoz

y en todo trastorno del miocardio, la posibilidad de la sífilis, al extremo de no cansarse en el interrogatorio hasta conseguir una convicción profunda negativa ó positiva, respecto á este asunto. No importa que hayan pasado muchos años, ni aun muchos lustros, para pensar en la posibilidad de que aquello que estamos viendo sea de origen sifilítico.

El segundo problema general de la sífilis cardíaca es saber si las lesiones y localizaciones sifilíticas tienen ó no sintomatología especial; es decir, si en la clínica podrán distinguirse con facilidad de las demás producidas por otras causas. En una palabra, si hay algo especial clínico en la sífilis cardíaca, claro es que ajeno á la coincidencia de síntomas cardíacos con otros dependientes de localizaciones, de igual causa en otros órganos y de fácil diagnóstico, como las sífilides cutáneas tardías.

Para resolver esta cuestión, debemos plantear la previa de si hay ley de asiento en estas localizaciones, es decir, si obedecen á una ley en la elección de tejido ó territorio cardíaco. Si esto es así, hay que resolver si en el corazón se pueden admitir localizaciones como en el cerebro y regiones de sintomatología especial, como las que ocurren en el aparato cerebro-espinal.

Cuestiones son éstas cuya solución se empieza á vislumbrar, y creemos firmemente que la sífilis podrá servir de medio de análisis para resolverlas. Sin llegar á una afirmación rotunda, me atrevo á asegurar que la sífilis cardíaca tiene topografía y fisiología patológica especial, que puede conducir á un diagnóstico positivo, aun sin haber llegado á una verdadera convicción en el asunto etiológico. Los trabajos modernos de fisiología cardíaca, tanto del miocardio como de inervación, han descubierto verdaderas localizaciones cardíacas con funciones propias que, al enfermar estas regiones, darán de seguro síntomas especiales de gran transcendencia diagnóstica.

Expuestas las funciones mecánicas del corazón á oscilaciones ó cambios fisiológicos que se mantienen dentro de un límite, al pasar este límite, lo normal se transforma en anormal, y se constituye la fisiología patológica con una funcionalidad normal dentro de la anormalidad; es decir, que no es caprichosa la fenomenología de ningún órgano, ni aun dentro de la lesión más enorme del órgano en cualquiera de sus partes. Una de las funciones más asombrosas del corazón es el ritmo. El estudio de la fisiología moderna respecto al ritmo, es uno de los más interesantes, y la teoría de que las condiciones de actividad rítmica del corazón residen en el mismo, es

decir, la teoría automática, es tal vez de las de más transcendencia en la cuestión actual de la sífilis cardíaca, pues se comprende fácilmente que, siendo la sífilis la reina de las enfermedades en cuanto á procesos de índole conjuntiva se refiere, si el corazón es autónomo y sólo recibe del sistema nervioso un influjo regulador, podremos comprender multitud de síntomas peculiares de la sífilis cardíaca, como las aritmias precoces de la sífilis gomosa ó esclerósica del miocardio. Además, no siendo los elementos que componen el miocardio perfectamente semejantes á los músculos de la vida de relación ni á los músculos lisos de los órganos de la vida vegetativa, la localización más ó menos alta en el miocardio, en las células musculares más automáticas como las contenidas en las venas cavas y en el seno venoso, determinarán una sintomatología muy distinta y dependiente del peristaltismo, ó sea de la transmisión de célula á célula de la onda contráctil. Esta excitación, pues, es capaz de alterar el ritmo y, por tanto, engendrar un cortejo de síntomas que, bien estudiados, nos pusieran en conocimiento de una serie de localizaciones cardíacas, ya producidas por la sífilis ó por otro proceso. Si, además, tenemos en cuenta la función reguladora del sistema nervioso, fácilmente se comprende que de su alteración por la sifilización de los ganglios se produzca una sintomatología de la sífilis cardíaca, dependiente de estas localizaciones nerviosas. En resumen, hay un trabajo que hacer, pero posible, y algo hay hecho en la clínica referente á la sintomatología especial de la sífilis cardio-aórtica, que expondremos al tratar de las diferentes localizaciones de esta infección en los diferentes territorios orgánicos del corazón.

Planteadas estas cuestiones previas, pasemos á decir algo de los diferentes aspectos de la sífilis cardio-aórtica.

2.° *Sífilis cardíaca. — Pericarditis; miocarditis; endocarditis; coronaritis; arterioesclerosis coronaria. — a) Pericarditis sifilítica.* — Primitiva, es decir, de localización directa, ó secundaria á gomas del miocardio, á lesiones arteriales y á veces como uno de tantos procesos conjuntivos sifilíticos, la pericarditis adopta las dos formas clásicas de las lesiones sifilíticas, es decir, difusa ó gomosa. Como su característica es la infiltración celular, y como en todo proceso sifilítico, la neoangiosis, el pericardio se engruesa y obscurece los ruidos cardíacos, al extremo, muchas veces, de creer que hay derrame. El dolor es muy frecuente y simula el de una neuralgia intercostal del quinto par, y tal vez es este dolor el síntoma que provoca la consulta, unido á cierta disnea de esfuerzo, que tiene la forma de angustia do-

lorosa, obligando al paciente á pararse cuando va andando, y á llevarse las manos á la región precordial, presa de sufrimiento insufrible, que hace creer muchas veces en falsas anginas de pecho.

Tiene más tendencia á la sínfisis que al derrame, y constituye la mayoría de las mediastinitis pericárdicas, se localiza por lo general alrededor de los grandes vasos arteriales á su salida del pericardio, dando en este caso síntomas mixtos de cardiopatía francamente cardíaca y de cardiopatía aórtica, sobre la que insistiremos al tratar de la angina de pecho sifilítica.

El diagnóstico de esta localización más bien estriba en un buen interrogatorio que en los síntomas, pero con un reconocimiento detenido se llega á conocer la pericarditis, buscando principalmente los signos de la sínfisis cardíaca, sobre todo de sus síntomas aórticos. El roce es muy áspero cuando no hay todavía verdadera sínfisis. En caso de duda, bueno será tantear por medio de un tratamiento explorador la naturaleza de la afección, bien por la quinina, pues hay muchas pericarditis palúdicas, bien por el mercurio. No debemos olvidar que en estos enfermos no hay ni vestigios de pericarditis aguda, y rara vez de ataques de reumatismo febril. No faltan casos en que una nefritis, que tanto se complica con la pericarditis abra la escena, pero tampoco debemos olvidar que no es raro el brightismo sifilítico, y entonces la pericarditis aparece en el curso de la nefritis. (Deguy).

b) ***Miocarditis.*** — Sin llegar á la frecuencia de la sífilis aórtica, la miocarditis sifilítica es una de las localizaciones cardíacas más comunes. No hace mucho tiempo aún, que así como en la etiología de las cardiopatías todo fué reumatismo, en la clínica sólo se veían endocarditis. La moderna fisiología del miocardio, la demostración de la teoría miogenética, y por último, la aparición en forma epidémica de la gripe en 1889, empezaron á fijar cada vez más la importancia del miocardio en la terapéutica y la frecuencia de sus afecciones en la clínica. Al ir admitiendo una etiología más amplia, la miocarditis sifilítica ha adquirido rango de primer orden en la patología cardíaca. Rara vez gomosa, pocas veces aislada, revistiendo la forma esclerógena, no puede hoy todavía sistematizarse lo suficiente para hacer un verdadero diagnóstico de localización precisa. El confusionismo que ha introducido en la terapéutica la doctrina de la parasífilis, ha retrasado bastante el avance en el estudio de esta cuestión. Pero, negando nosotros el estricto sentido de parasífilis, y, creyendo que todo lo *sifilítico* es *sifilítico* en el *sifilítico*, al ocuparnos

ahora de la miocarditis, no hemos de hacer disquisiciones acerca de la cardioesclerosis parasifilítica y la verdadera miocarditis sifilítica. Agruparemos en un haz todos los hechos, y sólo citaremos las dos formas, la gomosa y la esclerosa, siendo para nosotros la verdadera expresión de la sífilis del miocardio, la esclerogomosa de Huchard, por no creer posible aislar una de otra, la gomosa simple y la esclerósica.

También es difícil separar las lesiones del miocardio esencialmente musculares de las esclerosis dependientes de la endarteritis coronaria, de la que nos ocuparemos al hablar de la verdadera coronaritis. Sin embargo, desde 1873 los trabajos de Lancereaux han puesto en claro el hecho de miocarditis difusas esencialmente musculares sin lesión alguna de los vasos, ni de las válvulas, ni de los orificios, con neoangiosis, formación de núcleos de células pequeñas redondeadas y apariencia de equimosis del tejido muscular, llegando á las metamorfosis grasosas de los elementos nucleares y celulares y hasta la formación de un tejido fibroso con degeneración granulograsosa de las fibras musculares, cuya substancia fibrilar puede reabsorberse por completo.

Opinan los autores que no hay verdadera sintomatología, sintomatología especial en las miocarditis sifilíticas. En la época en que el miocardio no tenía la importancia de hoy, era fácil no encontrar una diferencia esencial en la sintomatología de las diversas miocarditis, pero desde el momento en que se ha afirmado el automatismo muscular y se han hecho los estudios referentes á la transmisión de la sacudida contráctil de los músculos intrínsecos del miocardio y se admite que el sistema nervioso es sólo regulador del ritmo, es fácil comprender que ha de haber algo especial en la aritmia del corazón, y así sucede aun cuando sea este hecho más manifiesto cuando la esclerosis cardíaca subsigue á la coronaritis. De todas maneras predominan los síntomas consistentes en palpitaciones que á veces se han achacado al terror sifilítico, en aritmias con predominio de las intermitencias sobre las irregularidades, en ataques fugaces, pero graves de aristolia (Marchiafava), y aun cuando no lleguemos á admitir como especial el asma sifilítico cardíaco de Rosenfeld, creemos que la mayoría de las disneas de esfuerzo, de las disneas sin edema, se deben á la miocarditis sifilítica.

La facilidad con que el corazón se dilata á consecuencia de las miocarditis sifilíticas hace que en la percusión haya algo de aumento en la zona normal en los sifilíticos cardíacos y por el cardiógrafo y

el esfigmógrafo, más todavía que por la auscultación, podemos darnos cuenta de la aritmia sifilítica é instituir, antes de empezar la lucha por los cardiomotores, y á veces suspendiendo ésta ya empezada, el tratamiento mercurial, aún sin sospecha de infección sifilítica en el individuo.

En resumen: sin haber llegado á una conclusión definitiva y á poder trazar el cuadro clínico de la miocarditis difusa sifilítica, estamos en el camino de llegar á esta meta, pero en tanto, volvemos á restringir el uso de los cardiomotores como primer ataque de las aritmias y aun de las asistolias transitorias.

c) *Endocarditis.*—Nada más sencillo que la filiación clínica de una endocarditis crónica de origen reumático ó infeccioso febril. Con poco que se ahonde se llega á poder reconstituir, por larga que sea la fecha, todo lo sucedido.

El estudio de la vascularización accidental de las válvulas en el reumatismo, el del proceso ulceroso en las infecciones agudas, ofrecen tal claridad que es raro el error; pero hay gran dificultad de llegar á una sistematización clara en el grupo de las endocarditis crónicas desde el principio.

Estas rara vez son primitivas, es decir, nacidas en el mismo endocardio. Admitiendo una cara interna ó sanguínea y otra cara interna ó parietal para el hecho de la constitución de las endocarditis, pudiéramos decir que todas las del grupo infectivo febril son, por regla general, de la cara, en relación directa con la sangre circulante, y que las crónicas desde el primer momento, y entre ellas la sifilítica, son de origen parietal ó sea secundaria á las miocarditis que por contigüidad llegan al endocardio parietal, y así como en las infecciosas febriles la localización es de bordes valvulares, en las crónicas su localización ordinaria está como era de esperar, dada su naturaleza secundaria, en relación con la base del ventrículo izquierdo en la punta del septum ventricular.

En estas endocarditis poco valvulares es claro que la sintomatología es también poco valvular, es decir, que en toda endocarditis de soplos francos, de síntomas óricos dependientes de la formación de venas flúidas accidentales, casi podemos desechar la naturaleza sifilítica de la lesión, en cambio en todos aquellos casos en que los soplos son obscuros, pero en que hay profundos trastornos en la distribución sanguínea con gran tendencia á los éstasis retrógrados, y además se observan más bien alteraciones del ritmo que de la salida

de la sangre, debemos pensar en las endocarditis sifilíticas, sobre todo si la lesión recae en el corazón izquierdo.

d) Coronaritis.—Arterioesclerosis coronaria.—Angina de pecho sifilítica. — Como lazo de unión entre las cardiopatías sifilíticas y las lesiones vasculares, nos ocuparemos ahora de la coronaritis sifilítica y de la arterioesclerosis coronaria, incluyendo en este capítulo el interesante asunto de la angina de pecho de origen sifilítico. No hemos de insistir mucho en esta cuestión, por ser el de la sífilis cardiaca el más admitido y porque la brutalidad de los hechos se ha impuesto á los clínicos.

Admitida y demostrada, sobre todo por la radiografía, la condición de arterias terminales sin anastomosis, las coronarias tienen un transcendental papel en el riego de las paredes ventriculares y su inutilización parcial, porque total no se concibe, determina una serie de hechos clínicos de tal transcendencia y evidencia, que no es posible dudar de la coronaritis, de la arterioesclerosis coronaria y, en último término, de la angina de pecho.

Si la lesión arterial se localiza en las ramas terminales que riegan la punta del corazón, el caso simula el de la esclerosis cardíaca con los signos de las miocarditis intersticiales por esclerosis distrófica debida á las alteraciones lentas de las coronarias. Esta lesión ateromatosa precoz, que puede partir de la túnica adventicia, sobre todo en los casos de evolución rápida, engendra, como decimos, la miocarditis degenerativa más que las verdaderas miocarditis inflamatorias.

Pueden también las coronaritis aparecer en forma aguda, y entonces en vez de periarteritis son endoarteritis obliterantes que van inutilizando el vaso de abajo á arriba, de la terminación á la emergencia; pero si la peri ó endoarteritis coronaria se inicia en la embocadura de las coronarias, de origen aórtico indudable, entonces pueden venir las obliteraciones de la arteria en su totalidad é isquemiando instantáneamente el corazón, determinar la angina de pecho, la esternocardia fulminante, que se presenta para algunos médicos sin aviso previo, pero que si se estudiara el enfermo desde su infección sifilítica primitiva hasta su muerte, con seguridad se registraría en su historia ó algún dolor, que por pequeño pasó inadvertido, ó alguna disnea de esfuerzo que por lo fugaz sólo se inculpó al esfuerzo ejecutado y en manera alguna á una coronaritis más ó menos aguda.

Esta distribución topográfica tan interesante de las coronarias, unida á la doctrina automática miogénica del ritmo cardiaco, así como el análisis de la sacudida ventricular, son los elementos de una fisiología patológica obscura hasta hace poco, con claridad meridiana merced á los estudios modernos de fisiología cardíaca.

Desde el caso del dolor fugaz y de la disnea de esfuerzo, olvidada por el enfermo por insignificante y accidental, hasta los ataques más ó menos claros y repetidos de angina de pecho, hay una serie de casos en la Clínica en los que la existencia de la coronaritis es un hecho tal que es imposible negarlo. La fisiología patológica y su manifestación externa la sintomatología, están fundadas en el estudio de las localizaciones cardíacas, y no pudiendo hacer aquí un análisis detenido de cada caso, diremos que en los hechos de coronaritis que dan origen á la observación, predominan lo que podríamos llamar síntomas de la punta en unos casos y síntomas de la base en otros.

Los primeros están caracterizados por las aritmias, y entre ellas las del tipo de ritmo de cuchareo, ritmo explicado por nosotros en la *Enciclopedia de Bouchard*, y que consiste en un movimiento parecido al del pico de la cuchara cuando se mete en una cazuela, y cuya etimología es náutica, por llamar movimiento de cuchareo los marinos, al producido por la combinación del balance de proa á popa y babor á estribor. Este ritmo se precisa, teniendo alguna costumbre, con bastante facilidad, al extremo que en muchos casos sin antecedente alguno hemos asignado la naturaleza sifilítica de la miocarditis. Este ritmo nace en la sacudida abortada del ventrículo, en lo que pudiéramos llamar choque de retroceso de la sacudida al encontrarse con la esclerosis de los haces ventriculares de la punta, choque que á veces puede ser de tal intensidad que determine la parálisis, la parada en seco de la contracción ventricular y, por tanto, la muerte repentina.

Los síntomas de la base, sin dejar de ser arítmicos, están más caracterizados por los trastornos vasculares. Localizada la coronaritis en región muy alta de las coronarias y próxima á la región automática ganglionar, se determinan isquemias, ya del miocardio (fenómenos arítmicos), ya más extensas por espasmo aórtico (palidez aórtica) que á veces trastornando la circulación cerebral determinan el síncope cerebral, y otras, graduando mucho la isquemia ventricular, determinan la parada en seco, y en los casos más bonancibles la claudicación intermitente del músculo cardíaco, fenómeno

muy conocido en veterinaria para el tramo posterior de los animales.

Por último, cuando los acontecimientos son tales que arranca la lesión de la embocadura de la aorta, ó hay placas de aortitis en los nidos sigmoideos, y desde allí se extiende á las últimas ramas de las coronarias, ya en la forma de periarteritis ó de endoarteritis, y además se hace obliterante, se presenta el cuadro de la angina de pecho fulminante, cuya sintomatología se confunde con la muerte, pero que si nos penetramos de la importancia de la sífilis como causa de ella en la proporción de uno por cada seis casos, y tratamos esta localización prematuramente, es decir, preveyendo y adelantándonos en el período secundario y terciario, será posible evitar la muerte repentina, sobre todo en los casos de evolución lenta, y no durmiéndonos confiados por haber transcurrido quince ó veinte años desde la aparición del chancro primitivo, recordando la frase de Bombín de que la sífilis silenciosa al principio es la más traidora al final.

3.° *Sífilis aórtica; sífilis difusa.—Aneurismas.—a)* Para terminar provisionalmente y por ahora este trabajo, nos ocuparemos con brevedad de la influencia decisiva que tiene la sífilis sobre la aorta, al extremo que más del 70 por 100 de los aórticos son ó sifilíticos ó alcohólicos. Con dificultad se encuentran aórticos reumáticos, y aun las lesiones sigmoideas y óricas se reparten entre la endocarditis infecciosa y las obscuras lesiones congénitas que constituyen la enfermedad de Corrigan, y la estenosis aórtica, de tan transcendental influencia en la pubertad como predisponente de la tuberculosis.

La característica de la sífilis aórtica es la para-arteritis que Letulle ha descrito en su *Tratado de anatomía patológica*. Las lesiones están en forma de proceso esencialmente difuso ó nodular, lo cual es raro. La sífilis gomosa aórtica es muy rara. La evolución es francamente crónica, y aun cuando se cuentan brotes agudos, son más bien accidentes graves de localización sigmoidea ó ganglionar.

La sintomatología depende de estas localizaciones, presentando la forma anginosa en las localizaciones de la embocadura de las coronarias ó la forma de enfermedad de Corrigan más ó menos frustrada en las localizaciones sigmoideas y órica, pero en todas ellas el dolor retro-esternal es más intenso que en las aortitis infecciosas reumáticas y de cualquier otro origen.

b) Aneurismas.—Sin afirmar que todos los aneurismas del cayado de la aorta torácica y de la aorta abdominal, sean sifilíticos, casi nos atrevemos á asegurar que más del 75 por 100 lo son. Es tal el número de hechos curados y aliviados por el tratamiento mercurial

que reunimos en la clínica hospitalaria y particular, que no creemos exagerada esta proporción. Antes del descubrimiento de los rayos X, la duda diagnóstica fué posible, hoy, sobre todo de los del cayado, no cabe duda alguna; pero este asunto hasta nueva orden, hemos visto, decimos, casos verdaderamente indudables de aneurismas aórticos sifilíticos curados.

La sintomatología es idéntica en todos los casos, sea la que fuere la causa, pero sí llamaremos la atención sobre la necesidad de un tratamiento precoz y enérgico antisifilítico en los casos de síntomas, siquiera de sospechas de aneurisma, pues se puede evitar que el proceso llegue al período de perfecta incurabilidad, ni aun con las inyecciones Lancereaux-Castro, único recurso algo potente, pero no tan seguro como se creyó al principio, para no curar, sino detener la dilatación del saco, sin ser, ni mucho menos, patogénico del aneurisma de la aorta.

Así, pues desde los primeros síntomas de disnea precoz, que se trata con los bromuros, fiados en un interrogatorio ligero y en un reconocimiento más ligero la mayoría de veces, y otras sin poder encontrar nada que explique la disnea á pesar de uno y otro examen detenido, creemos que se debe instituir el tratamiento antisifilítico, á pesar de las protestas del enfermo que afirme de buena ó de mala fé, más si es enferma, que jamás tuvo nada de sífilis, y *aun los grandes virtuosos*, que ni aun han podido tenerla.

Nada se pierde con esta exploración terapéutica en busca de un buen diagnóstico, y en muchos casos no habremos perdido una pista segura, y lo cierto por lo dudoso.

4.° *Neurosis cardíacas sifilíticas.*— Simulando todas las localizaciones que anteriormente hemos tratado, se presentan en los sifilíticos fenómenos histerocardíacos que pueden llegar, según algunos, hasta simular verdaderas anginas de pecho á las que sólo falta la extrema gravedad de las orgánicas. Reviste la histerocardiosifilomanía, cuando es esencial, tales trastornos que cada caso parece un hecho aislado, pero hay trastornos de origen nervioso comprendidos en la polineuritis, en los que las alteraciones recaen en el neumogástrico, pero, sobre todo, en las cadenas ganglionares traqueobronquiales, con todo el cortejo de síntomas funcionales de compresión de los troncos nerviosos del cuello, sobre todo el neumogástrico y el recurrente, no faltando casos hasta de compresión en las regiones periaórticas, en cuyo caso los síntomas son funcionales de la aorta.

Por último, la posibilidad de la sifilización de los ganglios intrínsecos del corazón y de la médula pueden alterar la función reguladora del ritmo cardíaco y provocar una sintomatología de neurosis cardíaca que sólo cederá al tratamiento mercurial.

Como nuestro objeto ha sido únicamente llamar la atención sobre la influencia de la sífilis sobre el corazón y los grandes vasos, para que se amplíe con esmero el interrogatorio de todo cardíaco referente á este punto, no insistimos más, seguros de que la ilustración de nuestros lectores suplirá las lagunas de este trabajo.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. La medicación iódica en las nodrizas. — II. Más sobre la leche esterilizada. — III. Examen microscópico de la leche. — IV. Intensidad variable del virus rábico. — V. Nuevos escupidores para los tuberculosos — VI. Valía del azúcar como dinamógeno, como alimento y como sustituto del alcohol. — VII. Las bacterias de las grandes altitudes. — VIII. *Bacillus ovisepticus* (bronconeumonía de los ganados) — IX. Sobre los efectos de las corrientes eléctricas.

I. Por lo que pueda convenir para establecer una regla de conducta cuando se recurre á la medicación iódica en las nodrizas, transcribo lo que deduce Mario Flamini de sus experimentos en animales:

1.° El iodo, introducido en solución aceitosa y en inyecciones intramusculares, es eliminado principalmente por dos vías: el riñón y las glándulas mamarias. En la leche se encuentra aproximadamente la mitad del iodo del que sale con la orina.

2.° La cantidad de iodo que es excretada con la leche, aumenta si se aumenta la dosis inyectada, así como con el grado de saturación del animal, de lo que se desprende que hace falta alguna saturación para obtener cierta proporción de iodo en la leche.

3.° La cantidad máxima encontrada ha sido de 0'12 gramos por litro con dosis débiles, lo cual autoriza á pensar que aumentando estas dosis, habrá en la leche cantidades considerables de iodo, utilizables en terapéutica, especialmente para los niños.

4.° El intervalo entre las inyecciones puede ser regulado, y una vez establecido, se tiene el medio de poseer, durante un largo período, una proporción de iodo casi constante cada día.

5.° Más de la mitad del iodo existe disuelto en el suero y el resto combinado con las materias albuminoides; pero á su vez, parte del contenido en el suero está en combinación orgánica. En resumen, el iodo combinado es más que el libre.

6.° Si se añade directamente iodo á la leche, se le encuentra casi todo en estado de combinación inorgánica.

7.° La administración prolongada del iodo en solución aceitosa y en inyección intramuscular, no produce alteración nociva alguna en la composición de la leche.

8.° El animal así tratado no desmejora; no presenta ni trastornos generales ni reacción local, y soporta perfectamente la medicación introducida. — (*Revue des maladies de l'enfance*, 1902).

II. En la discusión que se sigue sobre la leche esterilizada, conviene conocer opiniones y los hechos en que éstas se fundan.

Planteada la cuestión por Varnier, Oui, en una comunicación dirigida á la *Soc. d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pedriatrie* (1902) (*Sur l'emploi du lait stérilisé industriellement dans l'alimentation des nourrissons des grandes villes*), relativa al uso de la leche esterilizada á 110° en la lactancia y después del destete, dice que si se está de acuerdo en que la preparada por la industria sólo tiene inconvenientes mínimos cuando se asocia á la de nodriza, su uso exclusivo ha sido objeto de varias acusaciones, algunas muy graves.

Para resolver si debe, en caso de no existir leche de mujer, rechazarse la esterilizada industrialmente y reemplazarla con la hervida ó bien con la esterilizada en el aparato Gentile, hay que, ante todo, justipreciar si aquella produce el raquitismo, la enfermedad de Barlow ó los trastornos gastro-intestinales tardíos que se le atribuyen, y luego probar que las otras dos no tienen esas mismas desventajas. A Oui le parece que todo esto no ha sido probado.

Hoy se emplea mucho la leche esterilizada, y el raquitismo no es más frecuente, la enfermedad de Barlow es una rareza patológica, y en cuanto á los trastornos intestinales tardíos, si es cierto que con ella resultan niños pálidos, flojos, no menos resultan con las otras leches, de ordinario por cantidad excesiva.

Oui no sólo cree que la leche esterilizada no es en modo alguno inferior á las demás, sino que la conceptúa más segura, á lo menos en las grandes poblaciones, en donde es rara la leche fresca, y hasta

en donde abunda, suele ser nociva por el género de pastos que se da á los animales, como ha demostrado Roskam, de Lieja, y ha visto el mismo Oui.

En su concepto, el mal depende de que se cree en absoluto inofensiva la leche esterilizada y se abusa de ella, sobre todo en cantidad.

Termina diciendo: «No han sido demostrados los efectos perniciosos tardíos, y como mi amigo Varnier, espero que se me demuestren para dejar de emplearla».

III. Entre otros medios y procedimientos, se ha procurado determinar el valor nutritivo de la leche valiéndose del examen microscópico de los corpúsculos grasos. Friedmann, que lo recomienda, procede del modo siguiente:

Exprime la mama hasta que la leche sale libremente, y entonces examina una gota en el microscopio. Los corpúsculos grasos son de tamaños diferentes: en la leche muy buena predominan los de dimensiones medias, luego siguen los pequeños y los más raros son los voluminosos (10 á 20 por cada campo); además, en la leche buena, los corpúsculos están muy aproximados y no quedan espacios vacíos entre ellos. Cuando el número de gotas grandes es superior al normal, la leche goza de buen valor nutritivo, pero suele ser indigesta. Cuando el número de corpúsculos es reducido y las formas pequeñas son las más abundosas, el valor alimenticio de la leche es mediano. — (*Deuts. med. Woch.*, 1902).

IV. El Dr. P. S. Pampoukis, director del Instituto Pasteur helénico, ha publicado en la *Gréce médicale* (1902) un trabajo del que se desprende que el virus rábico tiene en la naturaleza una intensidad variable.

Este virus, á su paso por los animales, es más activo en la mordedura de gato y de lobo y menos en la de perro; aumenta en los conejos y conejitos de Indias y disminuye en los monos. La duración del período de incubación está en armonía con la intensidad: cuanto mayor ésta, más corto aquél.

Si se transmite al conejo por trepanación la rabia natural, la incubación es de catorce á dieciocho días; rara vez de más ó de menos (once como mínimum, veinticuatro como máximum). El virus de los herbívoros (vaca) lo reduce á siete días.

Bordoni, Uffreduzzi (1889) y Calebrise (1896), han observado en el hombre, oveja y perro, el virus reforzado; pero en un gran herbívoro no se había visto hasta ahora.

V. Refiere Donnadieu (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 25

abril, 1902) que en la lucha contra el esputo tuberculoso y en el hallazgo de un buen recipiente para contenerlos, ha tenido una idea plausible una enferma que él visita: en vez de valerse de los útiles ordinarios, algo repugnantes y molestos, ella escupía en una hoja de papel grueso, que ahuecaba en un recipiente *ad hoc;* lleno el papel, lo retiraba y lo ponía al fuego.

Donnadieu se aprovechó de este útil invento y convirtió la hoja-pañuelo en un depósito análogo á esas cavidades que los niños construyen con papel mediante varios dobleces. Colocadas éstas en varios sitios, resultan disimulables, baratas y de una desinfección segura.

Mientras esto ocurría en Francia, un médico ruso, Bolov, tuvo igual idea, que ha sido publicada en el *Caducée.* El propone pequeñas cajas de cartón ó de papel fuerte, que se llena de retazos de estopa, etc. A medida que se llena, se renueva la materia absorbente, y cuando el caso llega, se la quema con el contenido Muchos envases de géneros del comercio se prestan bien á este servicio. Recomienda que la capacidad no sea mayor de 10 cm^3, con el objeto de que se llene la caja antes de que los esputos se sequen y pulvericen.

VI. L. Grandeau, en la Crónica científica del *Temps,* resume los hechos que demuestran la valía del azúcar como reparador de fuerzas musculares, como alimento general y como sustituto del alcohol.

Las observaciones empíricas (alpinistas, ciclistas, etc.) fueron confirmadas por Mosso, con su ergógrafo, aparato que registra fácilmente la energía muscular desarrollada en un movimiento: demuestran la influencia del azúcar en estos fenómenos y corroboran los experimentos de Chauveau y Kauffmann sobre el gran consumo de esta substancia en el trabajo de masticación de los caballos.

Las dosis mínimas ó medias (5 á 60 gramos), de una vez, son las que desarrollan el máximum de trabajo en el músculo fatigado; las superiores á 60, de una vez, lo reducen. Una dosis de 5 gramos (un cuadradillo de los usuales) produce efectos apreciables, pero cortos. El agua de dilución debe ser de seis á diez veces su volumen, pues si es más ó si es menos, los resultados no son tan apreciables.

Con el azúcar se logra el máximum de trabajo mecánico con dosis de 5 á 15 gramos cada diez minutos, y de este modo se restituye mejor la energía perdida. La acción es muy rápida: se nota á los cinco ó seis minutos. Los fatigados, deben, pues, renovar la dosis siempre que noten cansancio.

Harley, médico inglés, ha repetido los experimentos de Mosso, y deduce:

1.° Cuando durante un día de ayuno se consume 500 gramos de azúcar, aumenta el trabajo muscular en un 61 á 71 por 100.

2.° Una comida ligera y 200 gramos de azúcar aumentan la energía muscular en un 36 por 100.

3.° Una comida abundante y azúcar aumentan esa energía en un 8 á 16 por 100.

4.° 200 gramos de azúcar, en una jornada de ocho horas de trabajo, la aumentan en un 22 á 36 por 100.

5.° Se puede detener el descenso de la energía muscular que aparece ordinariamente entre cinco y seis de la tarde, ingiriendo dos horas antes una cantidad conveniente de azúcar.

En todos conceptos queda demostrada la benéfica acción del azúcar y el aumento que se nota con la producción es un hecho satisfactorio. Lo que se debe hacer es que el consumo acrezca, enseñando á las gentes que el azúcar tiene un gran valor alimenticio, doble que el pan y superior al de la carne. Los Gobiernos debieran quitarle los impuestos. Los ingleses consumen 42 kilogramos de azúcar por individuo y por año; los americanos, 30; los franceses, sólo 14.

En sentido muy favorable al azúcar hablan los experimentos hechos en las tropas alemanas durante las maniobras.

VII. Las investigaciones de J. Binot, hechas en la cumbre del Mont-Blanc (4800 metros), son muy interesantes en el concepto bacteriológico.

En la atmósfera libre no hay ó apenas hay microbios; en cambio, en la del interior del Observatorio, situado á la altitud dicha, existen 260 á 540 por cent. cúb. En las nieves, en las aguas de apariencia más pura, ha encontrado gérmenes, entre otros el colibacilo. El viento desempeña un gran papel en la llegada de estos microorganismos. (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 abril de 1902).

VIII. Como continuación de precedentes estudios, A. Dionisi expone los resultados que ha obtenido *Sulle propietà patogene del* «Bacillus ovisepticus». — (*R. Accad. medica di Roma*, 1902).

Ha intentado inútilmente reproducir la bronconeumonía de los ganados inyectando cultivos de dicho bacilo en estos; en cambio, en los conejos fué más afortunado. Inyecta un cultivo de dieciocho días, y veinticuatro horas más tarde otro de diez, y surge la bronconeumonía verminosa típica; recoge en ésta el bacilo y reproduce con él la infección.

Este bacilo se parece al de la influenza, pero se desarrolla más pronto en el agar, tiene una longitud de 1'60 por 0'80 μ y es raro en los tejidos. Se desarrolla en colonias aisladas y es aerobio.

IX. Sin negarlos, cree el Dr. Tollemer (*La Presse Médicale*, 1902), que se exagera los peligros que presenta la electricidad empleada como fuerza. Otros muchos factores de la vida moderna son tanto ó más peligrosos.

Una corriente de 500 voltios, la usada generalmente como medio de arrastre y la adoptada en América é Inglaterra para los usos industriales, no es siempre mortal, antes bien, resulta con frecuencia inofensiva ó poco menos. El cuerpo humano resiste mucho esta corriente (Trotter, *The Lancet*, 1902), variando con la intimidad del contacto: piel desnuda ó no, seca ó húmeda, calzado más ó menos húmedo. Si la corriente va de una á otra mano con un hilo de *trolley seco*, la resistencia es de cerca de 5000 ohms, y hasta de 14.000 en individuos de piel seca ó callosa. Si de un pié al otro y con calzado nuevo, la resistencia es á lo menos de 25.000, y si está húmedo y es viejo, sólo de 13.000.

Así, un niño siete de años, con los piés sobre los raíles, pudo tener un hilo del *trolley*. La diferencia de potencial entre éste y aquéllos es de 500 voltios. Tenía calzado nuevo.

Los cortos contactos casi siempre producen sólo un choque, desagradable por lo inesperado, y en general, sin graves consecuencias; no ocurre lo mismo cuando el individuo está envuelto en los hilos y es duradero el contacto.

El organismo cambia también los efectos. Hay animales sensibles: los accidentes que ocurren con tanta frecuencia en París á los caballos parecen indicar una susceptibilidad propia, quizás por las herraduras y clavos que favorecen el ingreso de la corriente. También hay en los hombres sensibilidades especiales, como se ve de continuo en los operarios ocupados en esta industria. El hecho referido por Aspinall á una sociedad inglesa de ingeniería es notable.

Estas susceptibilidades se explican algunas veces por la mayor ó menor intimidad de los contactos; pero otras, siendo, no sabemos su por qué. Influyen: la humedad de la piel, su grosor (callosidades), camino seguido en el cuerpo por la electricidad, extensión del contacto, intimidad y naturaleza del cuerpo que lo establece, temperamento nervioso, estado de salud ó de enfermedad, de embriaguez ó de sobriedad, de sueño ó de vigilia, etc.

Influye mucho el estado de salud. Un hombre soportó un choque

de 200 voltios sin más que quemaduras en los puntos de contacto; estaba sudando mucho, tenía la camisa de franela empapada en sudor y se desvió la corriente. Un borracho resiste un choque de 2000 voltios, por haber cogido con ambas manos un cable; salió con las manos quemadas y no perdió el conocimiento. Uno que duerme no despierta por un choque que le haría reaccionar fuertemente á estar despierto. Aspinall cuenta que los operarios, por broma, suelen despertar á sus compañeros mediante choques violentos.

En concepto de Tollemer la electricidad mata principalmente por parálisis cardíaca.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión científica celebrada el día 26 *de Marzo de* 1902.

Distocia por quiste hidatídico del tabique rectovaginal.—El Dr. Botella: Se trata de una mujer, que luego podréis examinar con su hijo, de treinta y seis años, casada, asistenta, de Barcelona, aunque viviendo desde niña en esta corte. Reglada á los catorce años y sin tener después ningún trastorno en su menstruación, ha tenido siete embarazos, uno con aborto á los dos meses, otro de parto prematuro á los ocho meses. Todos fueron normales, excepto el penúltimo, que luego detallaré y los puerperios sin fiebre. Cuenta esta pobre, que hará unos seis años notó un bultito en el reborde costal derecho que fué aumentando lentamente y que al cabo de año y medio le había abultado enormemente el vientre, por lo que, aunque no tenía molestia de ninguna clase, decidió ir á consultar al Instituto Rubio. Los datos siguientes hasta el momento del parto actual los debo á la galantería de nuestro distinguido consocio Sr. García, á quien doy las gracias más expresivas. Presentaba un vientre globuloso exageradamente grande, apreciándose enormes tumores lobulados y algo aplanados. Por la palpación se notaba un voluminoso tumor quístico, multilocular, probablemente adherido al peritoneo parietal y que llenaba casi en totalidad la cavidad abdominal. Por la vagina se tocaba en el fondo de saco posterior una tumoración trilobulada que parecía continuación del tumor abdominal. Se pensó se trataba de un quiste papilomatoso de ambos ovarios con siembra en el peritoneo y se decidió operarla. El Sr. García con atinadas observaciones hizo vacilar el anterior diagnóstico, pues el suyo era de tumor poliquístico ni del ovario ni maligno, en vista de lo cual, se pensó si podrían ser quistes hidatídicos y se hizo una punción que confirmó el diagnóstico.

Como los tumores eran grandes y la mujer no fuerte, se desistió de operarla por no creer tuviera resistencia para el trabajo de reparación. Quedó entonces al cuidado de nuestro compañero el cual la hizo varias aspiraciones con el aparato de Dieulafoy, de 100 gramos cada una, con inyección de una disolución de nitrato de plata al 1 por 100. Como le molestaba mucho, el vientre se había retraído algo y considerando el riesgo que se corre, las abandonó, recomendando á la enferma fuera á verle si alguna novedad le ocurría. Efectivamente, al cabo de unos cuantos meses se presentó por creerse embarazada, aunque no sabía bien de qué tiempo. La reconoció nuevamente y le pareció que estaba en cinta de unos seis meses, que el útero había elevado la tumoración que ocupaba el fondo de Douglas, y más adelante comprobó que la extremidad cefálica ocupaba el estrecho superior y, por consiguiente, no habría obstáculo al parto. Cuando llegó el momento del parto, el Sr. García por causas ajenas á su voluntad no pudo ir hasta pasadas veinticuatro horas del comienzo de los dolores, y se encontró con enorme edema de la vulva, feto muerto, inercia uterina y presentación de cara. Hizo una aplicación de forceps y extrajo un feto al parecer de término; se produjo una rasgadura incompleta del periné que suturó inmediatamente y cicatrizó muy bien. A los dos días se desprendió una pequeña escara del fondo de saco anterior, quedando una fístula vesicovaginal que espontáneamente cerró á los quince días. Pasan dos años y esta mujer se queda nuevamente embarazada, y á las seis horas de haber tenido los primeros dolores, la vimos mi querido compañero y yo. A las preguntas que la hago contesta que á parte de la molestia que le ocasiona su pesado vientre, no ha tenido ninguna otra; muy pocos vómitos, ni molestias ni en la defecación ni micción, en una palabra, nada que salga de lo corriente.

Esta mujer es de talla mediana, cara algo demacrada y terrosa; su vientre es enorme y algo aplastado en su parte supra-umbilical, caído en la inferior en forma de alforja, con grandes arborizaciones venosas, que á simple vista resaltan á más de un tumor esferoidal que experimenta alternativamente periodos de contracción y relajación coincidiendo con los dolores, y situado á dos traveses de dedo por debajo del ombligo y colgando por delante de la sínfisis pubiana, otros dos tumores colocados por debajo de los rebordes costales en las líneas mamilares. Por la palpación estos tumores son renitentes y abullonados y tienen el tamaño de una cabeza de adulto. En el tumor uterino la palpación no consigue limitar partes fetales. Entre estos tumores hay una zona maciza y que da clara sensación de fluctuación. La circunferencia al nivel del ombligo es de 118 centímetros. Reconocida por la vagina se aprecia vulva normal y apenas franqueada, una tumoración en la pared posterior de la vagina. Este tumor es liso, entre renitente y fluctuante, llena la vagina hasta permitir apenas introducir un dedo por su cara anterior, alcanza hasta el fondo de saco posterior, pero parece que no lo ocupa, pues el dedo explora mal á esa altura en esta mujer por el relieve del tumor; se alcanza en su parte anterior un segmento del cuello del útero que parece dilatado completamente, la bolsa amniótica íntegra y se toca la cabeza del feto. Dados los antecedentes de esta mujer y la falta de toda otra clase de síntomas, no dudamos un momento, en afirmar se trataba de un quiste hidatídico del tabique rectovaginal que oponía una barrera á la salida del feto.

Se hizo una punción con un trócar algo grueso y salió un líquido claro

en pequeña cantidad, en vista de lo cual, se incindió la pared posterior de la vagina (no hay que decir que previa una antisepsia rigurosa de vulva y vagina), en una extensión de 5 centímetros que dió salida á una gran cantidad de hidátides, se decorticó la membrana germinativa y entonces comprobamos que el quiste terminaba al llegar al saco de Douglas, que el cuello estaba completamente dilatado, la bolsa se acababa de romper y el feto se presentaba en O. I. I. A., que á poco de desaparecer el obstáculo se concluía de encajar. Esperamos un momento y ante el temor de que cualquiera de los otros quistes se rompiera, hicimos una aplicación de forceps, saliendo un niño vivo y sin padecer el periné. Expulsión natural y completa de placenta y membranas. Se hizo después una limpieza esmerada y se suturó los bordes de la herida con seda esterilizada. Se taponó con gasa porque la matriz tenía tendencia á prolapsarse.

El feto, de unos 2500 gramos bien desarrollado. Curso apirético; á los ocho días se quitan los puntos por estar completamente cicatrizada la incisión. La mujer como veréis cría muy bien á su hijo y hoy después de dos meses de su parto, sólo se aprecia en la vagina un ligerísimo engrosamiento en el sitio de la cicatriz.

La distocia por quiste hidatídico es rara; Bar sólo ha podido reunir 29 casos, de éstos sólo 4 del tabique rectovaginal.

Dado el éxito feliz que hemos obtenido en este caso y que coincide con los hechos observados también en la estadística de Bar, creemos que una amplia incisión es la mejor conducta que se puede seguir en estos casos para quitar el obstáculo al parto con la punción, como en el nuestro, por que si existen hidátides hijos, no se desocupa el tumor. Otro punto merece vuestra atención, si debe marsupializarse ó suturar. Yo creo, que si como ha ocurrido en este caso, el quiste no ha sufrido ni degeneración, ni supurado, la membrana germinativa y el contenido están asépticos, en una palabra, creo digo, que tomando bien toda clase de precauciones antisépticas, es ventajoso cerrar el quiste. Se evita mejor de este modo el que se infecte posteriormente.

Pero si ha sufrido cualquier degeneración y la membrana adventicia se teme pueda estar infectada ó degenerada, tenga que eliminarse, en este caso es más prudente marsupializar.

En ambos casos debe rodearse á la parida en todo momento, tanto en el parto como en el puerperio, en las mejores condiciones de asepsia posible. En el caso de estar en comunicación con otros quistes situados más arriba, la marsupialización es también la conducta que debe seguirse.

Termina la exposición de tan interesante caso clínico, presentando á la enferma, que fué observada por los señores Socios.

El *Sr. Presidente* manifestó la importancia del caso expuesto por el doctor Botella para el estudio de la distocia causada por quiste hidatídico del tabique rectovaginal y que se abriría discusión sobre punto tan interesante.

Presentación de hombro izquierdo con procidencia de la mano izquierda. Infección. Flegmasia alba dolens.—El Dr. Moreno Gil : El caso clínico presentado por nuestro querido compañero Dr. Martín Muñoz, nos demuestra de una manera clara y terminante, la nefasta influencia que en la tocología ejerce esa pléyade de mal llamado parteras, que no sólo se encuentran en la mayoría de los casos sin título profesional, sino que carecen de conocimien-

tos prácticos y hasta de sentido común, salvo muy contadas excepciones.

No de otra manera puede tener una explicación racional el cúmulo de trastornos que puso en gravísimo peligro la vida de esta pobre enferma, y que gracias á la pericia del Dr. Martín Muñoz y á la no menos protectora sabia naturaleza, hoy se encuentra dicha puérpera sana y salva.

Sin culpa por parte del Dr. Martín Muñoz, su intervención fué tardía (séptimo día del parto), y al reconocer á la parturienta diagnosticó posición A. I. D. A. Hasta entonces sostuvo la *sabia partera* que se trataba de una presentación de nalgas.

Respecto á la existencia del hidroamnios, no hay más razón científica que cree que lo hubo, porque le dijeron que la embarazada tenía mucho vientre. No he de repetir lo que ya mi querido compañero el Dr. Soriano manifestó respecto á este punto.

También me extraña, como extrañó á todos los Señores Académicos, la facilidad y prontitud con que verificó la versión podálica en una parturiente en que la rotura de las membranas y pérdida consecutiva del líquido amniótico se verificó tres días antes.

En lo que no puedo estar conforme con el Dr. Martín Muñoz, es en la terapéutica por él seguida en los primeros días, pues se conformó con lavados vulvares con *agua caliente* y cuando observó elevación de temperatura, también con *agua caliente* inyecciones vaginales.

No debió olvidar ni por un instante de que se trataba de una puérpera, de la que se extrajo un feto muerto y macerado, una placenta degenerada, y en la que se practicaron repetidos reconocimientos por las manos sépticas de la partera durante *siete días*, y por último, la presencia de la mano y brazo del doctor Martín Muñoz en el interior del útero para llevar á cabo la versión podálica, mano y brazo que no podían en modo alguno estar asépticos, pues al pasar por la vulva y vagina se impregnaron de productos sépticos; no debió olvidar, repito, que se encontraba en presencia de una puérpera infectada y sin pérdida de tiempo debió practicar una minuciosa desinfección de todo el aparato genital.

La asepsia y la antisepsia, siempre que tengamos que recurrir á ellas, para no practicarlas con *exagerada pulcritud*, es preferible no hacer nada.

Indicó también el Dr. Martín Muñoz que puso á la puérpera una inyección hipodérmica de suero antiestreptocócico de Marmorek. Si el Dr. Martín Muñoz pensó en usar esta medicación, debió: 1.°, convencerse por medio del análisis bacteriológico de si se trataba de una infección producida por el estreptococo; y 2.°, instituir el tratamiento desde el principio, sin pérdida de tiempo, si en realidad se trataba de una infección de esta naturaleza.

Nada de particular tiene que dicha inyección no diese ningún resultado, pues la oportunidad terapéutica había pasado y el análisis no se hizo.

Muchísimo se expuso á la puérpera al consentir, pues no pudo aconsejarlo el Dr. Martín Muñoz, que se levantara de la cama y fuese á sentarse en una butaca á la habitación contigua para que tomase el sol en el transcurso de una doble flegmasía alba dolens y en más de una ocasión, como de sobra sabe el Dr. Martín Muñoz, ha sobrevenido la muerte súbita, tan sólo por incorporarse en la cama una puérpera en estas condiciones.

Termina el Dr. Moreno Gil diciendo que del verdadero concepto que acerca

de la septicemia puerperal y su tratamiento debe tenerse, voz más autorizada que la suya debe aquí exponerlo, y ruega á la presidencia que, si lo estima pertinente, así lo acuerde, como tema de gran importancia.

El Dr. Botella: Lamento se precipitara el Dr. Martín Muñoz á efectuar la versión sin elementos quirúrgicos, sin previa antisepsia, porque esta parturiente estaba infectada con anterioridad, quizás por la misma comadrona. Respecto al suero Marmorek, podrá dar ó no resultados, pero lo que sí se sabe es que es inócuo, y el Dr. Martín Muñoz le empleó ya tarde, y no me explico, por tanto, el descenso térmico sólo por la inyección de dicho suero.

El levantar á la puérpera á los siete días es prematuro; debía haber permanecido en la cama por lo menos un mes. Y en cuanto á la facilidad con que practicó la versión podálica estando contraída la matriz algún tiempo por la falta de líquido amniótico, me llama la atención, y desearía saber si el doctor Martín Muñoz posee algún procedimiento especial.

El Secretario de actas,

F. Blas y Hermosa

PERIÓDICOS

Escleroeol. Nuevo tópico quirúrgico antituberculoso. — El Dr. Emilio Saborit publica en la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, el siguiente artículo:

«Deseando aunar los óptimos efectos terapéuticos del naftol alcanforado con los no buenos del yodoformo, es por lo que hace tiempo vengo usando en los procesos fímicos de dominio quirúrgico la mezcla recomendada por Calot, de partes iguales de éter yodofórmico á 10 por 1 y del naftol alcanforado. Esta mezcla, homogénea, perfecta, no tan sólo reduce la proporción de yodoformo de 1 por 10 á 1 por 20, es decir á la mitad — lo que podría subsanarse elevándola á 2 por 10, — si que también tiene todos los inconvenientes del éter yodofórmico, y puede dar lugar á los mismos accidentes que se imputan á éste por varios cirujanos (dolor, enfisema etéreo, esfacelo de los tegumentos, etc). De ahí que el hallar un producto que reuniera las ventajas de los dos preparados arriba mencionados sin sus inconvenientes, creí que era empresa que debía de abordarse, por ser aquellos tópicos de uso cotidiano en cirugía, ya que son innúmeros los enfermos atacados de tuberculosis quirúrgica en sus múltiples localizaciones.

Para lograr este *desideratum* ocurrióseme mezclar el yodoformo al naftol alcanforado en la misma proporción que aquel se disuelve en el éter sulfúrico para la curación de los procesos quirúrgicos originados por el bacilo de Koch. El *modus faciendi* que empleo es el siguiente:

Alcanfor del Japón en panes	60 gramos.
Naftol β bisublimado	30 —
Yodoformo en polvo	10 —

Se pulveriza finamente el alcanfor en un mortero mediante cantidad sufi-

ciente de éter sulfúrico; se deja volatilizar éste; se incorpora íntimamente el yodoformo al alcanfor; se añade el naftol, y se agita la mezcla hasta obtener un líquido de todo homogéneo, transparente, de color rojizo amarillento, de consistencia siruposa y de olor que recuerda el de sus componentes; líquido que se cuela por estameña, y se coloca en frascos de color amarillo obscuro, procurando evitar la acción de la luz muy intensa, así como también la de temperaturas elevadas.

Este líquido, que no es otra cosa que naftol alcanforado yodofórmico, al que he llamado *esclerosol*, pues á lograr la esclerosis de los órganos atacados de tuberculosis es á lo que tiende, da buenísimos resultados como tópico quirúrgico, toda vez que en él corren parejas la acción bactericida del yodoformo, universalmente reconocida como de gran valor en los procesos fímicos, con la esclerosante del naftol alcanforado, no menos ponderada por todos los que á la Akiurgia dedican sus desvelos; conservando la acción avivadora, excitante de ambas substancias sobre los elementos conjuntivos embrionarios, y eliminando los inconvenientes que el empleo del éter como disolvente hacía que tuviera el yodoformo, inconvenientes dimanantes de aquel, pero de tanta monta en ocasiones, que hacían que algunos prácticos se abstuvieran de los beneficios del yodoformo contra los procesos bacilares tan sólo por no correr los accidentes desagradables que algunas veces ocasiona su empleo».

Valor de las mezclas anestésicas en los cardíacos. — En la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. D. Fermín Martínez Suárez los casos clínicos siguientes, de gran enseñanza para valorar la anestesia, á que se refiere en los cardíacos:

Trátase, en el primer caso, de una niña de doce años, cardíaca, con una caries del peñasco, que iba á operar el Dr. Uruñuela, y para cuya anestesia fué invitado por el mismo.

Con las precauciones consiguientes, por tratarse de una niña, y por apéndice cardíaca, hizo la anestesia gota á gota y cuidando de que el aire penetrase puro de vez en cuando; sin embargo, á poco de empezada la operación, y sin la menor manifestación de alarma, se detuvo el pulso y la respiración, persistiendo de un modo desesperante, á pesar de emplear con el mayor orden los medios aconsejados como más eficaces en tales casos. Casi perdidas ya las esperanzas, pues apenas se suspendían las maniobras suspendíase también el pulso y la respiración, se le ocurrió mojar los flecos de una toalla en agua hirviendo, y mientras un compañero continuaba haciendo la respiración artificial, percutíase enérgicamente la pared anterior del tórax, y especialmente la región precordial, viendo al fin con satisfacción coronados sus esfuerzos con la vuelta á la vida de aquella criatura, que ya parecía imposible salvar.

Como era de esperar, la operación no se pudo terminar á satisfacción por el estado de la enfermita; así es que, al poco tiempo, presentóse de nuevo la supuración en la mastoides, que en vano trataron de agotar por cuantos medios se pusieron en práctica durante dos años que iban transcurridos, planteando, por fin, el dilema de la operación, para cuya anestesia fué consultado el Dr. Suárez.

Arduo era el problema, pues dejarla era condenarla á una muerte cierta,

por la propagación de la lesión, y operarla también era correr el riesgo de la vez anterior, con la agravante de que la interesada sabía el percance que había sufrido, y además, su hipertrofia cardíaca, como es natural, había aumentado con el crecimiento.

Se decidió por fin á probar fortuna con la mezcla de Harley, y tuvo una narcosis tan regular cual si hubiera sido el individuo más sano y robusto, desde el principio hasta el fin, á pesar de durar la intervención cerca de hora y media.

Es el segundo caso el de un individuo arterioesclerósico, con insuficiencia aórtica y probablemente alcohólico, pues aunque lo negaba, el estado tembloroso de sus manos, sus mejillas rojizas, así como la punta de la nariz y la brillantez de sus ojos, delataban al devoto de Baco en sus detalles más salientes.

Frisaba en los sesenta años, y hacía tiempo padecía de cálculos urinarios que le atormentaban atrozmente, obligándole á reclamar los auxilios del Dr. González Bravo, quien después de confirmar el diagnóstico, llamó al doctor Suárez en vista del estado poco tranquilizador de su aparato circulatorio, para acordar la manera de anestesiarlo, puesto que la operación se imponía por el estado de horrible sufrimiento en que se hallaba sumido el enfermo.

Propuesta la mezcla de éter, cloroformo y alcohol, que fué aceptada, pudo practicarse la litotricia por el Dr. Bravo, sin que tuviera que lamentar accidente alguno durante ni después de la narcosis.

Trátase en el tercer caso de un compañero de profesión, de ochenta y dos años, con un cálculo fosfático en la vejiga urinaria que no le dejaba momento de reposo, y con la agravante de hallarse muy debilitado por efecto de un fuerte ataque gripal, que le duró cerca de un mes.

Invitado también por el Dr. Bravo (D. Luis González) para anestesiarle, lo verificó con la mezcla *Londonense*, tolerándola perfectamente sin período de excitación ni vómitos, y siendo la narcosis tan completa, que no dió señal ninguna de sufrimiento durante el tiempo que duró la litotricia, ni tuvo molestias post operatorias.

Más instructivo aún, si cabe, que los precedentes es el cuarto caso, por tratarse de una señora con un proceso salpingiano supurado, ya antiguo, y por el cual tuvo que practicarle una laparotomía el Dr. Abascal.

Esta enferma, joven aún, tenía un verdadero terror á la cloroformización, y aunque nada se le notaba en su aparato respiratorio, así como en el circulatorio, hubo de comenzarse la anestesia con toda clase de precauciones por el procedimiento de Labbe, ó sea gota á gota y á cortos intervalos, para establecer mejor la tolerancia; pero apenas pasado el período de excitación, que fué ligerísimo, se suspendió bruscamente la respiración, adquiriendo, como es natural, un tinte cianósico pronunciado. Suspendida la narcosis y merced á las tracciones rítmicas de la lengua, se restableció la función y la coloración, comenzando nuevamente auxiliado por el Dr. Lluria, que, como amigo de la casa, se hallaba al lado de la enferma.

Pronto un nuevo síncope respiratorio, más intenso que el anterior, le hizo desistir continuar con el cloroformo, y decidió probar fortuna con la *mezcla inglesa*, teniendo la satisfación de ver el éxito más completo, pues tanto la respiración, como el pulso, coloración, etc., se regularizaron, y sólo tuvo

un vómito post operatorio á las seis horas de operado, y eso que el acto quirúrgico duró *cuatro horas y veinte minutos*, tiempo más que suficiente para apreciar la bondad del agente empleado.

Después de estos casos clínicos, el Dr. Martínez Suárez dice lo que copiamos á continuación, y que es importante conocer:

«Preparado este trabajo para darlo á la prensa profesional, leo con verdadero asombro en las actas de la Academia de Medicina de París, sesión del 25 de febrero del año corriente, un trabajo presentado por el Dr. Bucquoy, en nombre del Dr. Reynés, de Lyon, recomendando una mezcla: de cloroformo dos partes, éter anestésico una y alcohol etílico rectificado una, como preparación que reune condiciones inmejorables para los cardíacos, debilitados, etc.

No quiero hacer á este señor la ofensa de que publique como *nueva* y como *suya*, y menos ante tan docta Corporación, una preparación que hace veinte años se conoce con el nombre de mezcla de Billroth, y más de treinta en Inglaterra otra semejante con el del Dr. Harley, y que ya en España dí á conocer en 1898, por haberlas ensayado en enfermos operados por compañeros tan eminentes como los Dres. Rubio, Cervera, Gutiérrez, Abascal, Bravo, Berrueco y otros, según manifiesto en párrafos anteriores.

Bien pudiera tolerarse tal *distracción* si se tratara sólo de nosotros, pues quizá las Revistas españolas no las crea dignas de figurar en su biblioteca nuestro colega de allende los Pirineos; pero tratándose de una composición que se usa hace mucho tiempo en las Clínicas quirúrgicas de Viena, y recomienda nada menos que la Real Sociedad Médico Quirúrgica Londonense....., la verdad es que parece demasiada ignorancia.

He creído un deber de conciencia hacer estas aclaraciones, que acaso hubiera callado tratándose de una cosa exclusivamente mía; pero amante de la verdad, no he querido pasar en silencio este despojo, que tal vez inconscientemente ha intentado hacer el Dr. Reynés tanto á Alemania é Inglaterra, como á nuestra querida patria». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 23 *de Julio de* 1902.

Dos casos de obstrucción intestinal por cálculos biliares.—El Dr. ROCHARD: En poco tiempo el Dr. Lévêque, de Saint-Germain, en Laye, ha necesitado hacer dos laparotomías en las condiciones siguientes:

En el primer caso se trataba de una mujer de setenta y nueve años, que

sin antecedente hepático alguno presentó accidentes de oclusión intestinal de marcha lenta. Nuestro colega la vió á los siete días de enfermedad ; comprendiendo que se trataba de una oclusión, quizá relacionada con una apendicitis, hizo una incisión en la fosa ilíaca derecha. A la exploración digital notó un cuerpo muy duro situado en el intestino. Practicó la enterotomía y extrajo un cálculo voluminoso. El intestino fué suturado y la enferma curó.

La segunda enferma, mujer de sesenta años, presentaba también desde hacía tres días los mismos accidentes de obstrucción que sobrevinieron sin cólicos hepáticos anteriores. Se practicó la laparotomía sobre el borde externo del músculo recto externo mayor, y solo después de haber dividido varias asas intestinales, descubrió en el fondo de la excavación pelviana, un asa que contenía una masa dura. El asa intestinal estaba fija, y no fué posible movilizarla. El Dr. Lévêque hizo primero caminar el cálculo en la extensión de 15 centímetros, para conducirle al alcance del bisturí é incindió entonces el intestino. Se extrajo el cálculo y se suturó la herida intestinal. La enferma murió á las treinta y seis horas de operada. A la autopsia se observó que el intestino estaba esfacelado en toda la extensión recorrida por el cálculo.

El Dr. Lévêque hace las observaciones siguientes :

«Esta observación demuestra, al parecer, que la detención del cálculo en el intestino, era sobre todo de naturaleza mecánica. La dificultad de su movilización y las alteraciones de las túnicas intestinales, indicaban, al parecer, bien á las claras, que la fijación del colelito era debida á su volumen excesivo con relación al calibre de la porción obstruída, y que el papel de la estrechez espasmódica era accesorio. En efecto, el diámetro de la terminación del íleon, variable, según los sujetos, era en este caso inferior al del cálculo.

»La presión excéntrica ejercida por dicho cálculo voluminoso sobre la cara profunda del intestino, perturbó la nutrición de éste. El segmento ulcerado y gangrenado á consecuencia de esta presión, determinó una peritonitis mortal.

»Las lesiones observadas, demuestran también todo el peligro de la movilización de los enterolitos. Como el intestino va estrechándose desde su origen hasta el ciego, el deslizamiento del cálculo por presión en el sentido de la válvula de Bauhin, encuentra necesariamente una resistencia creciente, y es capaz de producir lesiones graves. Creo, por lo tanto, que es prudente no intentar la movilización más que cuando el caso es completamente movil y está muy próximo al recto, en el que se cree poder expulsarlo, y á condición no menos expresa, de que las túnicas intestinales se hallen en buen estado ; bastan presiones ligeras y hay pocas probabilidades de lesionar la pared. En los demás casos, la movilización está contraindicada. Para asegurar mejor la reunión ulterior de la enterotomía, se aconseja en general hoy, rechazar el cálculo algo más allá de su sitio de implantación y ponerlo de este modo en contacto *con una pared sana* sobre la que se hará la incisión.

»Adoptar esta práctica, es reconocer que la pared intestinal que impresiona el cálculo está ya enferma ó puede estarlo ; lo que en efecto, ocurre casi siempre. Por este motivo toda presión es peligrosa. Sabemos, además, que por debajo del obstáculo aunque el intestino esté sano, su calibre no por eso deja de estar disminuído. Su túnica musculosa se contrae y pierde por consiguiente su flexibilidad y su dilatabilidad. Esta maniobra, en vez de mejorar la técnica expone á accidentes graves, como los que acaban de referirse ; y la enterotomía

sobre el cálculo, en el punto mismo de la obstrucción, me parece menos peligrosa».

En estos casos de obstrucción, de marcha siempre subaguda ó crónica, debe recurrirse á la enterotomía. Si hay adherencias del asa intestinal, que está siempre contraída sobre el cálculo, se corre peligro de perforación al pretender dislocar el cálculo.

El Dr. Routier: Presento un cálculo extirpado á una mujer que no había tenido antes el menor accidente. Practiqué la enterotomía, pero mi enferma murió de congestión pulmonar.

El Dr. Pioqué: ¿Se ha hecho el análisis químico de estos cálculos?

El Dr. Reynier: Podría referir la historia de una mujer que operé en las mismas circunstancias al séptimo día de su obstrucción. A 50 centímetros de la válvula ileocecal, encontré un cálculo comprimido por el intestino. Es peligroso mover estos cálculos en un intestino que está ya alterado. Aunque desagüé la herida, mi enferma murió.

El D. Terrier: El Dr. Remond, ha operado recientemente una enferma parecida que ingresó en mi Clínica. El cálculo fué fácil de encontrar. Creo que en ciertos casos, el desagüe es insuficiente. Si el intestino está enfermo, debe hacerse la resección parcial.

El Dr. Tuffier: He observado también el espasmo del intestino sobre un cálculo que tuve que extraer. Mi enferma murió á las cuarenta y ocho horas de operada.

El Dr. Ricard: Hace diez años una mujer vino aquí al hospital, aunque desde algunos días antes tenía síntomas de oclusión. Estaba cianósica y casi sin pulso. Practiqué la laparotomía y extraje un cálculo, pero la enferma murió al día siguiente:

El Dr. Rochard: Creo inútil el análisis de estos cálculos porque solo pueden proceder de la vesícula biliar. Muchas veces es difícil hacer el diagnóstico; en la generalidad de los casos hay accidentes de oclusión lenta. Está indicada la enterotomía por la laparotomía media.

Quiste hidatídico del riñón y cálculos de la vesícula biliar.—El Dr. Terrier: El Dr. Pluyette (de Marsella), nos ha remitido la observación de una mujer de cuarenta y seis años, cuyo abdomen había aumentado de volumen algún tiempo antes. Al examen, nuestro colega descubrió en el hipocondrio derecho, un tumor grueso, móvil, sin fluctuación manifiesta. Por la laparotomía lateral, observó primero que este tumor tenía adherencias casi cartilaginosas; le punzó y extrajo un líquido como agua destilada. Vaciado el quiste hidatídico exploró la periferia, y llegó al sitio de inserción que correspondía al polo inferior del riñón, que fué preciso extirpar por hallarse atrofiado.

Durante las maniobras operatorias, el Dr. Pluyette observó que la vesícula biliar contenía cálculo, la incindió y pudo extraer 140 cálculos de diferentes volúmenes: las paredes fueron suturadas después. No sobrevino complicación alguna, y el enfermo curó después de estas nefrectomías y colecistotomía ideales.

Tumor epiteliomatoso de la extremidad inferior del ureter.—El Dr. Albarrán: Extirpé este tumor á una mujer de treinta y seis años, que padecía hematurias desde hacía varios meses. No habiendo descubierto nada anormal en los riñones, practiqué la citoscopia y descubrí en el lado derecho de la ve-

jiga un tumorcillo que procedía al parecer del ureter. La talla suprapubiana demostró que el pedículo de este tumor se insertaba algo más arriba de la desembocadura. La enferma operada hace cuatro años, no ha tenido recidiva.

(*Le Bull. médical*).—CODINA CASTELLVÍ.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Continuación)

Proporción de cloruro de sodio de los tejidos y de los diversos líquidos del organismo en la neumonía. — El Dr. BAYLAC: Conocemos los interesantísimos trabajos de Achard y Loeper sobre la eliminación defectuosa de los cloruros en la neumonía, fenómeno debido al paso y fijación de estas sales en los tejidos. He procurado averiguar la razón de la hipocloruria en esta enfermedad.

He dosificado el cloruro de sodio en el suero sanguíneo, observando que no había acumulación de cloruros en la sangre. Tampoco están aumentados en la expectoración. Lo he investigado en los tejidos (hígado, pulmones, riñones, corazón, músculos, bazo, tejido celular), procedentes de sujetos que habían muerto de neumonía ó de afecciones diversas, sin retención de cloruros. El aumento de éstos en los tejidos de neumónicos, no ha sido constante.

En vista de tales resultados, he estudiado, á ejemplo de Achard, la eliminación de los cloruros en la orina después de la inyección suplementaria de 12 gramos de cloruro de sodio. He visto que el aumento de los cloruros en la orina era apenas sensible en la de las primeras veinticuatro horas, y muy notable, por el contrario, en la de los cuatro ó cinco días que siguen á la ingestión, de modo que se encuentra en el líquido urinario casi la totalidad de los cloruros ingeridos.

Parece, por lo tanto, que en estado patológico, la eliminación del cloruro se efectúa de un modo menos brusco, menos rápido, pero es innegable. Esto conduce á preguntar si la alimentación de los neumónicos desempeñará cierto papel en la hipocloruria urinaria; el régimen lácteo, al que son sometidos la mayoría de los neumónicos, es, en efecto, muy pobre en cloruros: 2 gramos por litro de leche.

Valor pronóstico de la expectoración bacilar.—El Dr. BERTHIER: El examen bacteriológico de los esputos no debe suministrarnos sólo la indicación de la presencia de los bacilos; debe comprender también su estudio cualitativo y cuantitativo que nos enseña sobre el desarrollo de la lesión pulmonar y su pronóstico. Dos particularidades denotan una marcha aguda: la pequeñez de los bacilos y, sobre todo, su abundancia, sea el que fuese su estado morfológico. Esta investigación enseña ó confirma una recrudescencia ó el período de suspensión en la marcha de las lesiones. Tiene una importancia grandísima en los casos de tuberculosis incipiente, cuando los signos físicos completamente localizados no presentan carácter alguno alarmante. Cuando hay mejora notable del estado general y del local de los pulmones,

y los bacilos siguen siendo numerosos en los esputos, conviene continuar con la misma energía el tratamiento, porque, de lo contrario, la enfermedad recidiva. La disminución de la cantidad de la expectoración y, á la vez, de los bacilos, es la mejor prueba de la marcha hacia la curación.

Nuevas nociones sobre la patología general de la tuberculosis suministradas por el estudio de las angiodermitis tuberculosas. — El Dr. Leredde: Los trabajos recientes sobre la tuberculosis cutánea han difundido nuevas luces sobre la cuestión de la tuberculosis considerada en su conjunto; tales son los hechos siguientes:

1.° *Tuberculosis benignas de la piel diseminadas, curables espontáneamente* (líquen escrofuloso).—Desconocemos hasta ahora la existencia de bronquitis, de enteritis, de manifestaciones viscerales debidas al bacilo de Koch y curables espontáneamente. El líquen escrofuloso prueba que en la piel la tuberculosis cura espontáneamente.

2.° *Angiodermitis tuberculosas.*—Existen infecciones: lupus eritematoso, eritema duro, que en su forma típica no tienen la estructura del tubérculo ni producen la tuberculosis por inoculación al conejillo de Indias; entre estas afecciones (angiodermitis tuberculosas) y las lesiones tuberculosas más clásicas existen todas las transiciones.

3.° *Angiodermitis tuberculosas familiares.*— He incluído entre estas enfermedades el angioqueratoma de Mibelli; es una enfermedad de familia que ataca á hermanos y á hermanas; el lupus eritematoso puede ser una enfermedad de familia igual que el tuberculoso. Los autores que se ocupan de la herencia de la tuberculosis deben tener en cuenta estos hechos.

4.° *Pseudorreumatismo tuberculoso en los enfermos afectados de angiodermitis tuberculosa.*

Existencia de las leucomaínas diabetógenas. — Los Dres. R. Lépine y Boulud: Nuestras últimas experiencias nos han demostrado que inyectando á un conejillo de mediana talla el extracto alcohólico, disuelto en agua, de 5 gramos de sangre normal de perro, sólo se produce una glicosuria temporal, mientras que con el extracto de la misma cantidad de sangre de perro sin páncreas, la glicosuria que sobreviene dura varios días. Estas experiencias corroboran una idea defendida por uno de nosotros hace dos años, á saber, que el páncreas favorece en parte la glicolisis destruyendo las substancias tóxicas diabetógenas. Cuanto al fermento glicolítico admitimos que es una propiedad del plasma viviente y que existe en cantidad variable en todos los tejidos.

Valor semeiológico de la glicosuria en la diabetes.—El Dr. Mossé: La cantidad de azúcar contenida en la orina de un diabético no es más que uno de los factores de la gravedad de la diabetes. El pronóstico se ha fundado durante mucho tiempo sólo en este signo. Se admite hoy—con gran ventaja de los enfermos—que no debe separarse de los otros elementos para apreciar el estado del paciente. Los médicos de las Compañías de seguros, en su último Congreso, han manifestado que podía asegurarse la vida de los diabéticos de estado general bueno, excepto los jóvenes, en los que la diabetes es de una gravedad especial.

La diabetes en sus relaciones con la cirrosis atrófica.—El Dr. Rispal: Un caso de diabetes alcohólica complicado con cirrosis atrófica y otro de diabe-

tes verdadera consecutiva á una cirrosis atrófica alcohólica que he observado, me han inducido á estudiar las relaciones de las dos enfermedades.

Dos modalidades diferentes pueden presentarse según que á la diabetes preceda el desarrollo de la enfermedad de Laënnec—el caso más común, según han observado ya Glénard y André — ó que la esclerosis hepática sea seguida de una diabetes verdadera, como hemos visto. Esta última eventualidad es necesariamente muy rara, porque exige la curación prolongada del síndrome cirrósico, que es excepcional, pero á la que hemos podido asistir en nuestros dos enfermos.

La asociación ó la sucesión de la diabetes y de la atrofia del hígado no es una coincidencia fortuita á pesar de la incertidumbre que reina todavía sobre las relaciones de la diabetes y de las lesiones hepáticas. Sin embargo, de acuerdo con las ideas de Gilbert, que admite dos variedades de diabetes ligadas á un trastorno funcional hepático, puede considerarse el primer caso como una diabetes por hiperhepatía, que conduce á la anhepatía, bajo la influencia de los progresos de la cirrosis, y el segundo como una diabetes anhepática primitiva resultante de esta cirrosis. Esta sucesión morbosa se observa en los alcohólicos, porque en dicho caso la diabetes y la cirrosis atrófica dependen de la acción del alcohol sobre la glándula hepática.

Litiasis intestinal.— El Dr. Boinet : De seis casos de litiasis intestinal en la mujer, sólo una padecía gota, y las manifestaciones gotosas alternaban con la expulsión de arenilla. En todas estas enfermas la litiasis intestinal fué precedida de enterocolitis mucomembranosas con éstasis de las materias fecales y estreñimiento y paresia debidos á lo que se ha llamado el catarro litógeno, en el que el éstasis, las lesiones de la mucosa, el exceso de materias mucoides, han favorecido el depósito de fosfato y de carbonato de cal.

En el niño, según han observado con frecuencia los médicos de Châtel-Guyon, existe más bien una enteritis mucosa de recaída de períodos de estreñimiento espasmódico seguidos de expulsión de arena intestinal; en aquel momento el colon, contraído de una manera espasmódica, produce la sensación tan conocida de cuerda cólica. Muchos de estos enfermitos son nerviosos y de procedencia artrítica.

El Dr. Mazeran : La litiasis intestinal está ligada siempre á una colitis membranosa concomitante. Esta afección debe considerarse como un episodio clínico en el curso de un proceso morboso complejo que principia por estreñimiento, tarda poco en ser seguido de enteritis mucomembranosa y termina por la litiasis. A estos tres períodos clínicos corresponden tres estados anatomopatológicos : inercia intestinal, reacción secretoria, llamada de defensa, y fermentación compleja. La terapéutica debe fundarse en estos datos y llenar las tres indicaciones siguientes : 1.ª, impedir las fermentaciones; 2.ª, modificar la mucosa del aparato digestivo; 3.ª, modificar el intestino.

Adherencias del estómago.— El Dr. Boinet : Las adherencias desempeñan un papel importantísimo en la patogenia del estómago. Conviene, en clínica, tener en cuenta su frecuencia, su multiplicidad, su situación, á veces rara; contribuyen á aumentar el éstasis gástrico por la tracción directa sobre un punto de la corvadura mayor ó por su retracción pilórica ; pueden dificultar, como ocurrió en uno de nuestros enfermos, el curso de la bilis. Finalmente,

estas adherencias del estómago á un bazo palúdico hipertrofiado y reblandecido, pueden, después de una comida copiosa, favorecer la rotura espontánea de esta última víscera.

La importancia de estas adherencias perigástricas, desde el punto de vista terapéutico, es considerable. Conocemos casos en los que la simple sección de adherencias no diagnosticadas durante mucho tiempo, curaron padecimientos gástricos antiguos tratados por afecciones variadas.

En ciertos casos de sínfisis gástrica con adherencias inoperables, éstasis y dilatación del estómago, la gastroenterostomía puede estar indicada; pero es necesario sobre todo tener en cuenta la úlcera y el cáncer, en el curso de los cuales estos tractus perigástricos se desarrollan de ordinario.

Espasmo intestinal.—El Dr. Mazeran: El espasmo es la expresión clínica de una reacción de defensa orgánica, como el tenesmo vesical en las cistitis, la contractura pilórica de las gastritis ó de la úlcera redonda. Por una especie de círculo vicioso, el estado espasmódico causado por las necesidades de la reacción engendra á su vez el patológico. Lo mismo acontece con el intestino: el estado de reacción espasmódica se revela secundariamente por trastornos variados. Nos ocuparemos sólo de dos.

1.° La *enteritis mucomembranosa* tiene con el espasmo intestinal relaciones tan íntimas que llegan á confundirse estos dos estados. Hé aquí cómo puede comprenderse la sucesión de los hechos. Constituído el espasmo sobreviene el éstasis y la pared intestinal reacciona segregando el moco protector; éste, á causa del éstasis, queda inmóvil, se amolda sobre la pared, y al deshidratarse pasa al estado membranoso. Esta enteritis, considerada así como función de espasmo, á causa de su origen nervioso, merece el nombre de neurosis secretoria. Dicha forma se diferencia difícilmente de la enteritis grave de índole general, en la que las modificaciones de la mucosa del intestino y los trastornos vasculares constituyen los elementos del diagnóstico.

2.° Ciertas *manifestaciones tifo-apendiculares* son en ciertos casos resultado de un proceso espasmódico localizado en el colon y, sobre todo, en el ángulo derecho, en el punto llamado *cólico*. Esta contractura puede manifestarse en forma de dolor localizado en forma de accesos, y se caracteriza al examen por la sensación de un colon disminuído de volumen que puede hacerse rodar debajo del dedo y da la impresión de un cilindro móvil duro al tacto. En estas condiciones, el papel del espasmo puede comprenderse de dos maneras diferentes: ó bien transformación del ciego en cavidad de fermentación, ó trastornos de la circulación y de la nutrición. Admitimos, por lo tanto, el calambre espasmódico del colon con todas las consecuencias susceptibles de revelarse en el ciego.

Aortitis abdominal.—El Dr. Teissier: Los tratados clásicos son casi mudos en lo que se refiere á la historia, tanto anatómica como clínica, de las lesiones inflamatorias de la porción infradiafragmática de la aorta; hasta ahora sólo una lección clínica de Potain ha iluminado este capítulo tan obscuro de la patología, y esta lección casi es desconocida de los clínicos. Sin embargo, la aortitis abdominal se diagnostica con exactitud; cualquier observador atento comprenderá en seguida que la descripción sintomática hecha por el inolvidable maestro puede encontrarse en toda su integridad con signos en cierto modo superpuestos.

Estos signos varían según que la aortitis abdominal sea resultado de una propagación del proceso ateromatoso que ha interesado previamente el cayado ó la porción descendente del vaso—ó se trate de una *localización primitiva*, como la que se observa en el curso de la tuberculosis ó á consecuencia de una infección—según, por último, que el proceso sea agudo ó crónico. Recordaré tan sólo que el proceso, una vez constituído, se revela *subjetivamente*, por crisis dolorosas que pueden ir acompañadas por algún tiempo de fiebre con escalofríos y palpitaciones más ó menos violentas y marcadas, y casi siempre de vértigos intensos y de amenazas de lipotimias, y *objetivamente* por latidos localizados en el vaso inflamado, que se hace doloroso en extremo, á la digital más delicada y, sobre todo, *móvil* y *sinuoso*. Potain insistía, de un modo particular, en estos dos signos: la movilidad de la arteria libre de sus adherencias, es la consecuencia necesaria de los ataques inflamatorios que ha sufrido, y su corvadura casi siempre con la concavidad dirigida hacia la columna vertebral es resultado fatal de su *prolongación*, consecuencia de la pérdida de su elasticidad. La aorta, en efecto, bloqueada en sus dos extremos, no puede prolongarse en sentido rectilíneo como ocurre en las arterias periféricas; es un hecho *evidente* que constituye un signo de gran valor. Le hemos encontrado constantemente en los 16 casos observados. Esta dislocación es á veces tan pronunciada que late al parecer en la fosa ilíaca izquierda, y la movilidad de que va acompañada es tan franca que en uno de mis enfermos, cuya aorta dolorosa latía á tres traveses de dedo á la izquierda de la columna vertebral, á los pocos días latía á unos cuantos centímetros á la derecha del raquis.

Potain, á propósito de los tres casos que citaba en su Clínica de 1899, culpaba sólo al ateroma, á la tuberculosis y al enfriamiento brusco del abdomen, como agentes provocadores en la aortitis infradiafragmática; creemos que este cuadro etiológico debe ensancharse. Hemos indicado, en una comunicación reciente, la frecuencia de las relaciones de la aortitis abdominal con la enterocolitis mucomembranosa; hemos visto que las grandes infecciones producen también localizaciones agudas en la aorta abdominal, y de ellas de preferencia el reumatismo articular agudo y la gripe.

Como el diagnóstico de la aortitis abdominal es muy difícil conviene estudiar cuidadosamente la semeiótica. Creemos útil agregar algunos signos á los indicados hasta ahora.

Hemos observado de un modo particular las crisis raquiálgicas con actitudes viciosas análogas á las señaladas por Guéneau de Mussy en el aneurisma de la aorta abdominal (actitud en perrillo de escopeta), los vómitos, la neuralgia diafragmática sin sensibilidad exagerada del frénico, la *contractura vigilante* del recto mayor del abdomen y, sobre todo, ciertos fenómenos vasculares sobre los que deseamos llamar con especialidad la atención:

1.° *Influencia de la respiración sobre la intensidad de los latidos aórticos.*— Es fácil convencerse, según nuestros trazados, que las inspiraciones profundas aumentan de un modo singular la presión en la arteria subyacente al diafragma, y da á veces al latido registrado por el esfigmógrafo el tipo bigémino.

2.° *Aumento notable de la presión arterial medido en la pedia, respecto á la presión de las arterias radiales.* — Este signo nos parece importante, porque

responde de un modo franco á un espasmo reflejo periférico que parte de la pared infradiafragmática de la aorta inflamada, estado irritativo cuya intensidad revela en cierto modo este aumento de presión.

La presión en la pedia, como ha dicho Potain, es sin duda muy variable y no hay relación alguna constante entre esta presión y la de la radial y la temporal; pero puede afirmarse que en estado normal es siempre inferior á la de la radial. En los casos de que tratamos hemos encontrado siempre dicha presión igual cuando menos, y con frecuencia superior á la de ésta.

En los ateromatosos, en los que la aorta no está interesada sistemáticamente, hemos observado que era siempre algo inferior á la de la radial.

3.° *Ciertos trastornos de la temperatura local del abdomen.*—Bajo la influencia del cansancio ó del ejercicio la temperatura rectal puede elevarse con relación á la de la axila ó de la boca. Hemos indicado ya que los enfermos que padecen enterocolitis de forma febril transitoria son aquellos en los que la aorta abdominal parece interesada de un modo más particular.

El conjunto de estos signos vasculares merecen llamar la atención y deben agregarse á los conocidos ya para hacer un diagnóstico importante desde el punto de vista del pronóstico y de la terapéutica.

(*Le Bulletin Medical*). — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 18 *de Junio de* 1902.

Tumor de la médula espinal, operado. — El Dr. Oppenheim : Una joven extranjera, de familia sana y cuyos datos anamnésicos anteriores no tienen ninguna importancia, se cayó hace año y medio con la bicicleta, sin notar por de pronto que se hubiese hecho daño. Pasado algún tiempo, se presentaron dolores continuos en el hipogastrio derecho, que resistieron á todos los medios. A la vez notó la enferma debilidad en las piernas, sobre todo en la derecha, de tal suerte, que sólo con mucho trabajo podía caminar. Cuando yo la ví, existía una escoliosis de la parte inferior de la porción dorsal del espinazo, pero no había nada de sensibilidad anormal en las vértebras. Existían anestesia en el lado derecho é inferior del vientre, relajación de las cubiertas abdominales en el mismo lado, debilidad de ambas piernas, y en especial de la derecha, y exaltación de los reflejos. La enferma ingresó entonces, sin yo saberlo, en un Sanatorio, y fué tratada por Jolly. La radiografía dió resultado negativo, y la inyección de tuberculina tampoco provocó ninguna reacción. La extensión que se practicó con un fin terapéutico ocasionó una viva exacerbación de los dolores.

El 19 de abril, Jolly y yo procedimos juntos á reconocer la enferma, encontrando lo siguiente: dolores en la zona de las raíces dorsales IX á XI, en el lado derecho; estos dolores sólo en ciertas épocas eran muy violentos. Escoliosis de la parte inferior de la porción dorsal del espinazo; nada de sensibilidad anormal de las apófisis espinosas á la presión. En la zona do-

lorosa estaba casi extinguida la sensibilidad á todos los excitantes. También en el lado izquierdo había anestesia, pero ésta sólo llegaba por arriba á 2 centímetros menos que en el otro lado. El reflejo abdominal faltaba por debajo del ombligo; por encima estaba muy poco indicado en el lado derecho, pero existía con toda claridad en el izquierdo. El examen eléctrico de los músculos abdominales dió en el lado derecho la reacción de degeneración.

En ambas piernas había paresia espasmódica, exaltación del reflejo rotuliano y clonus del pié muy manifiesto. La pierna derecha sólo se podía levantar muy poco del suelo; la izquierda se movía un poco mejor. La marcha se hacía arrastrando los piés; la enferma sólo podía dar muy pocos pasos, y aun esos necesitando apoyo. La micción estaba dificultada á temporadas.

En vista de lo dicho, ya no cabía duda acerca del diagnóstico: se trataba de un tumor que radicaba en el conducto vertebral. Lo único dudoso era el punto de partida del neoplasma.

La manera de desarrollarse los síntomas, la falta de sensibilidad á la presión en la columna vertebral y la relativa poca intensidad de los dolores, inclinaban la opinión en el sentido de una localización intraespinal; en cambio, la localización de los síntomas á una determinada zona radicular, más bien hacía pensar en una procedencia meníngea.

Faltaba por resolver el problema del diagnóstico de altura. La columna vertebral no suministraba ningún dato que pudiera servir en este concepto. En cambio, la anestesia total en la zona correspondiente á la X raíz dorsal hacía comprender que el polo superior del tumor llegaba hasta el dominio de la IX raíz dorsal. Con arreglo á este dato, Sonnenburg, que es quien practicó la operación, extirpó el octavo arco vertebral. La escoliosis dificultó mucho la operación. Al descubrir la dura madre, ésta sobresalió hacia afuera, y después de extirpados los dos arcos vertebrales siguientes y de abierto el saco dural, se presentó á la vista un tumor que abarcaba á la médula de derecha á izquierda, y que se extrajo sin emplear instrumento cortante.

El curso post operatorio fué normal. Al principio salió mucho líquido cerebro-espinal y se aceleró el pulso; luego se presentaron durante cuatro á cinco días estreñimiento y meteorismo; después ya no se observó el menor trastorno. El dolor de cintura desapareció casi inmediatamente después de la operación; la rigidez de las extremidades inferiores también desapareció á los cinco días; la sensibilidad y la fuerza activa mejoraron muy pronto. A las cuatro semanas intentó la enferma dar los primeros pasos, cosa que al principio sólo consiguió con mucha dificultad; pero fué mejorando en esto poco á poco y hoy anda por todas partes sin ningún impedimento. También retrocedió la escoliosis, lo cual demuestra, al parecer, que dependía de los esfuerzos que hacía la enferma para tomar la actitud en que sentía menos dolores.

Lo único que todavía se descubre con un reconocimiento muy minucioso es una exaltación del reflejo tendinoso y una disminución en el sentido de la posición respecto á la pierna.

Como el tumor era absolutamente benigno y el retroceso de todos los sín-

tomas hace comprender que no deben existir otros tumores, puede considerarse á esta enferma como definitivamente curada.

El caso presentaba los mismos síntomas que el que hemos dado á conocer Sonnenburg y yo hace algunos años en la Asociación libre de los cirujanos de Berlín. También fué operado, y también la operación confirmó el diagnóstico, pero la herida se infectó de tal modo, que sobrevino la muerte de resultas de esta complicación. En dicho caso faltaba igualmente toda sensibilidad anormal de la columna vertebral, y la extensión de ésta provocó también una agravación del estado del paciente.

El Dr. Jolly: Aquí presento el tumor, que tiene una longitud de 3 cm, una superficie lisa y una dureza bastante pronunciada. El microscopio ha demostrado que se trata de un fibroma puro. Estaba situado por dentro de la dura madre, se pudo separar de ésta y de la pia madre sin necesidad de instrumento cortante y sólo estaba adherido á la aracnoides. Su origen hay que buscarlo probablemente en el tejido conjuntivo perineural de un nervio. Hasta ahora no se han hallado en el tumor elementos nerviosos; ulteriores investigaciones nos enseñarán si se encuentra alguno que otro de estos elementos.

Al principio dudé algo de que se tratara de un tumor medular, porque estaba dentro de lo posible que la afección se hallara relacionada con la caída de la bicicleta que la enferma había sufrido año y medio antes. Podía muy bien suceder que este accidente hubiese dejado en pos de sí un trastorno funcional, pero esta sospecha se vió que era infundada cuando se presentaron fenómenos espasmódicos y con ellos el clonus del pié. Pero aun así se podía pensar en una afección de las vértebras consecutiva al traumatismo, y sobre todo, en una lesión tuberculosa; pero en contra de esta hipótesis argüían el resultado negativo de la tuberculina y la agravación producida por la extensión del espinazo. Hasta el último momento se dudó si el tumor sería intra ó extraespinal, dato importante, pues en el primer caso, la operación era inútil. De aquí que, dada la posibilidad de que el tumor fuera extraespinal, estaba justificada la intervención quirúrgica.

El Dr. Hahn: Operé en seis casos, esperando encontrar un tumor medular. En todos ellos se había diagnosticado bien el nivel á que se hallaba el foco morboso, pero en ninguno se sabía de antemano con seguridad cuál era la naturaleza de la enfermedad. En dos casos se encontraron equinococos en el conducto vertebral; uno de los enfermos se murió, el otro se curó. El tercer caso presentaba resentimiento doloroso del espinazo y síntomas radiculares; la operación descubrió la existencia de un engrosamiento del arco vertebral, una especie de exostosis y nada más. Este enfermo sanó. En dos casos no se encontró ningún tumor, sino una formación cavitaria en la médula: en uno de ellos era una siringomielia; en el otro una cavidad producida por reblandecimiento y al nivel que se había diagnosticado. En este último caso se trataba de un sujeto que había recibido una puñalada hacía diez años, pero que desde entonces siempre había estado sano. En la operación se percibió en el cuerpo vertebral una prominencia que no fué posible extirpar. En la autopsia se vió que estaba enclavado en la décima vértebra dorsal un trozo de hoja de cuchillo de unos 2 cm de largo. Después he visto un caso, pero no lo he operado, en que se trataba de la metastasis de un bocio subsiguiente á una estrumectomía.

De lo que he observado en mis casos, deduzco que hay que guardarse de sentar un pronóstico favorable y de establecer como cierto un diagnóstico, aunque existan síntomas radiculares unilaterales y bien manifiestos, no presente sensibilidad anormal el espinazo y no haya fiebre.

El Dr. Senator: En mi enfermería he tenido hace poco tiempo una anciana que había sido operada hacía años de un carcinoma de la mama. Tenía ahora parálisis motora y total de las piernas, abolición de toda sensibilidad y violentos dolores (anestesia dolorosa); había, además, alteraciones vesicales y rectales. A todo esto, la columna vertebral estaba sumamente dolorosa, tanto al contacto como á todo movimiento del cuerpo. La autopsia hizo ver que existía un tumor extradural.

El Dr. Remak: He visto un caso en que la operación, hecha por F. Krause, comprobó la exactitud del diagnóstico, pero hizo ver, además, que el tumor de la médula era mucho más voluminoso de lo que se había creído. Se trataba de una señora de veinte años, que ya llevaba varios meses de sufrir una ciática grave que resistía á todos los medios terapéuticos; además, se fueron desarrollando poco á poco síntomas paralíticos. Había una parálisis de los músculos de la nalga izquierda, una parálisis parcial del peroneo izquierdo y dolores intensos de la pierna del mismo lado, con trastorno simultáneo de la sensibilidad de la parte externa de la pantorrilla. A la vez había ligeros trastornos vesicales. El sacro estaba muy sensible.

La cuestión era saber si se trataba de un tumor de la cola de caballo ó de un tumor localizado en la zona de las raíces lumbares tercera y cuarta.

Aconsejé la operación, en que por de pronto no consintió la paciente, pero al fin la practicó dos meses más tarde F. Krause. El cuadro clínico no se había modificado en lo esencial. Se empezó extirpando el quinto arco lumbar, y al momento sobresalió un tumor de asiento intradural. Hecho esto, se extirparon el arco de la primera vértebra sacra y los arcos de las vértebras lumbares tercera y cuarta. Con esto todavía no se llegaba al extremo superior del tumor, pero el cirujano no quiso seguir más adelante porque no lo hubiese tolerado el estado de la enferma. Esta sucumbió á la noche siguiente, demostrando la autopsia que se trataba de un sarcoma que llegaba por arriba hasta más allá de la tumefacción lumbar.

El Dr. J. Krause: Mi intervención tuvo que ser de mucha entidad, porque fué necesario extirpar arcos de las vértebras lumbares que son muy anchos. La autopsia demostró que el tumor todavía ascendía cuatro arcos vertebrales más arriba, y en cambio, los síntomas clínicos, aun después de hecho un reconocimiento muy minucioso, hacían fijar el límite superior en las vértebras lumbares cuarta ó quinta.

El Dr. Oppenheim: No se vayan á concebir, en vista de los dos casos que yo diagnostiqué acertadamente, grandes esperanzas. En las ulteriores operaciones que se practiquen con motivo de casos de este género, no habrán de faltar seguramente muchos desengaños.

El hecho de que el espinazo no presente sensibilidad á la presión, no es patognomónico del tumor medular; más bien llama la atención que el diagnóstico haya resultado exacto en mis dos casos, á pesar de no existir sensibilidad á la presión en la columna vertebral.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento quirúrgico de la nefritis crónica.— El Dr. Edebohls refiere haber tratado con éxito quirúrgicamente 18 casos de nefritis crónica. La operación consiste en la excisión de la cápsula propia del riñón. La mortalidad ha sido nula; en algunas operadas (todos los enfermos eran del sexo femenino) se consiguió una curación completa; en otras un alivio muy notable. El resultado anatómico de la operación ha podido estudiarse en tres casos: consiste en la formación de un gran número de cordones de tejido conjuntivo entre el riñón y las partes inmediatas y de numerosos vasos, sobre todo arteriales, á cuya circunstancia atribuye el autor el efecto beneficioso de la operación. — (*Medical Record*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la hemoptisis.—El Dr. A. Robin aconseja hacer en la pared abdominal una inyección de 20 cent. cúb. de la preparación siguiente:

Gelatina	20 gramos.
Cloruro de sodio	7 —
Agua	c. s. para 1 litro.

La inyección se repite diariamente ó dos veces al día si es necesario. Este medio de hemostasia debe ser favorecido por la medicación interna. Emplea con este objeto la ergotina alternando con el cloruro de calcio. La ergotina la administra combinada con el tanino en forma de ácido gálico:

Ergotina Bonjean	4 gramos.
Acido gálico	50 centígramos.
Jarabe de trementina	30 gramos.
Agua de tila	120 —

Una cucharada cada dos horas.

En la hora intermedia administra una cucharada de la poción siguiente:

Cloruro de calcio	4 gramos.
Jarabe de opio	3 —
Agua de tila	120 —

Si la hemoptisis es refractaria á estos medios, recurre á la medicación ácida en forma de agua de Rabel, que es una mezcla de ácido sulfúrico y alcohol.

Agua de Rabel	4 gramos.
— hervida	c. s. hasta 1 litro.

Si fracasan los medios antedichos, usa la digital combinada con la ipecacuana:

Polvo de ipecacuana	aa. 5 centígramos.
— de hojas de digital	
Excipiente	c. s.

Para una píldora. Cinco á seis píldoras al día hasta que se presentan náuseas sin provocar vómitos.

En los enfermos dispépsicos, en vez de la digital, que es irritante para el

estómago, prescribe el percloruro de hierro, alternando con el agua de Rabel porque precipita la ergotina y el ácido gállico.

Percloruro de hierro.....	2	gramos.
Agua hervida.....	120	—
Jarabe simple.....	30	—

Una cucharada cada dos horas.

Este tratamiento puede emplearse no sólo en las hemoptisis sino en las hemorragias en general.

(*Bull. génér. de thérap.*). — F. Toledo.

Profilaxis de la mastitis puerperal. — Para evitar las infecciones post puerperales de la mama, causa frecuente de las mastitis, aconseja el Dr. Ahlfeld el tratamiento siguiente: En el último período de la gestación se mantendrán asépticas las mamilas lavándolas cada dos horas con agua hervida y aplicando sobre ellas, después de los lavatorios, una disolución alcohólica de tanino, que puede formularse como sigue:

Tanino.....	10	gramos.
Alcohol de 96°.....	100	—

Este tratamiento es sencillo y eficaz y merece ensayarse.

(*Zeits. f. Geb. und Gynäh.*). — F. Toledo.

Lesiones suprarrenales en los pelagrosos.—Refieren los Dres. Finotti y Tedeschi, que en las cápsulas suprarrenales de casi todos los pelagrosos han encontrado infiltración de células pequeñas, proliferación de tejido conjuntivo y á veces hasta necrosis, atribuyendo algunos síntomas de la pelagra á esta lesión. Les indujo á examinar las cápsulas suprarrenales un caso en el que además de síntomas indudables de pelagra, había otros que recordaban mucho la enfermedad de Addison, sobre todo la coloración característica de la piel, encontrándose en la autopsia lesiones muy avanzadas en las cápsulas suprarrenales.

Cuando más tarde en las ulteriores autopsias de otros pelagrosos se fijaron en esta particularidad, vieron que existía casi siempre la lesión patológica de las cápsulas suprarrenales. Como signos que demuestran la insuficiencia funcional de estos órganos en los pelagrosos, recuerdan los autores que la piel de esta clase de enfermos recuerda mucho la de los casos de enfermedad bronceada y hasta se encuentran á veces manchas pigmentadas en las mucosas. Sin llegar á afirmar que todos los síntomas de la pelagra sean debidos á la lesión suprarrenal, hay que convenir, dicen los autores, que á menudo puede adquirir esta última tal importancia que los síntomas á que da origen vienen á dominar á veces todo el cuadro morboso.

(*Riforma médica*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

EN LA CLÍNICA BAUDELOCQUE

POR EL

DOCTOR D. ISAAC MORENO ÁLVAREZ

Agregado de la Clínica.

No cabe duda, que la antisepsia no sólo ha multiplicado el número de intervenciones quirúrgicas, defendiendo muchas vidas, sino que ha aumentado las manos intervencionistas que más ó menos ciegamente campean á sus anchas por terrenos hasta la época presente vedados.

La anestesia, la hemostasia y la antisepsia, forman el trípode sobre el cual descansa la moderna Cirugía, sirviendo también de apoyo unas veces á la ciencia experimentadora y otras de disfraz á la ignorancia.

Abrir una cavidad, extirpar un órgano y ver cicatrizada la herida al séptimo día, es considerado generalmente como un éxito, y lo es operatorio, pero no siempre quirúrgico.

Otras veces, por el contrario, el miedo á la intervención ó el desconocimiento de su técnica, imponen una expectación prolongada que ocasiona el desastre casi siempre, el éxito, rara vez.

El desconocimiento de la parte y valor que en toda enfermedad toman el agente morboso y la resistencia del organismo, son la causa de considerar como éxitos intervenciones peligrosas, ó prolongada expectación, creando un cuerpo de doctrina que, si bien es cierto, no perjudica á la ciencia, siembra la duda y la desconfianza del que falto de recursos materiales ó de conocimientos profundos

de la materia, ve ó cree verse en casos análogos, y obra por la sugestión de hechos mal ejecutados ó mal interpretados.

Son muchos los ejemplos que existen en la presente época de fiebre operatoria que atravesamos, de enfermos que salen curados de su intervención con alegría del médico y que más ó menos tarde sufren dolencias atribuídas á causas extrañas al acto operatorio, siendo realmente el operador el único responsable, bien porque operó sin oportunidad, bien porque eligió un método no indicado en aquel caso particular ó bien porque la operación era contraproducente.

No es tampoco menor el número de aquellos otros enfermos que sufren durante muchas semanas afecciones fáciles de curar, mediante una intervención, á veces inocente, si es bien practicada; la de otros que pasan á un estado crónico é incurable, y la de algunos que con gran resistencia orgánica se han defendido del agente morboso, sin más auxilio que su fuerte organismo, aunque corriendo riesgos inminentes, durante el largo tiempo de lucha entre el agente y el terreno.

El justo medio donde se debe estar siempre colocado para no dejarse sorprender por los éxitos ni amargarse de los desastres, lo da únicamente el estudio minucioso de la fisiología patológica.

Seguir otro rumbo, es dejarse deslumbrar por victorias engañadoras, que más ó menos tarde han de poner de relieve el fracaso.

Pocas ramas de la Medicina están tan perfectamente conocidas como la obstetricia, y sin embargo, los desastres se repiten con harta frecuencia y se cuentan como éxitos hechos que la fisiología y la clínica demuestran palpablemente como errores, aun salvando la vida de las enfermas.

La expectación armada, si es discutible en otras ramas de la Medicina, en la obstetricia es hoy artículo de fé.

El pretender acelerar un parto, aunque dispongamos de excelentes recursos, tan sólo con el fin de hacer más cómodo al médico su asistencia, es poner en peligro la vida de la madre y del feto, por no tener la paciencia de aguardar unas cuantas horas á ver terminado felizmente un acto fisiológico.

El permanecer tímido ante un accidente cualquiera, es esperar que la enfermedad, y quizá la muerte, sean siempre testimonio de ignorancia y de inhabilidad íntimamente confundidas.

No hace mucho he leído en la notable Revista de Medicina y Cirugía Prácticas un caso extraordinario de retención placentaria, y del cual su autor deduce y establece como línea de conducta que

«*cuando existan adherencias placentarias y cualquier intento de extracción es causa de una profusa hemorragia que ponga en peligro la vida de la puérpera, debemos suspender tada manipulación operatoria*».

Como esta afirmación puede constituir un gravísimo peligro, siempre que fuera observada, como la merecida notoriedad que disfruta la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, tanto en nuestro país como fuera de él, le da cierta autoridad, voy á reseñar á la ligera la conducta que ha de observarse, tal como es practicada en los hospitales de París y admitida por todo el mundo.

Las ideas que Baudelocque, Desormeaux y Dubois tenían del alumbramiento, han sido felizmente destruídas, gracias á los notabilísimos trabajos de Pinard y Varnier, que mediante diversos cortes practicados en cadáveres congelados, permiten saber cómo y por qué la placenta se desprende del útero.

Basta ver una sola vez las notables figuras de su hermoso Atlas, para darse bien cuenta, y en cada caso, de todo lo que puede poner en peligro la vida de una mujer durante el alumbramiento y lo fácil que es su salvación.

La elasticidad, retractilidad y contractilidad de los elementos musculares del útero, desigualmente distribuídos, son las fuerzas que según Pinard y Varnier producen el desprendimiento placentario.

El punto de inserción de la placenta y las diversas maneras de actuar cada una de estas tres fuerzas, hacen que no sean exactamente iguales todos los alumbramientos.

El útero de una multípara, sólo por el hecho de sus repetidos embarazos, hace que sus paredes hayan disminuído en diversos grados estas propiedades, que si durante el último período de la gestación explican las presentaciones viciosas, durante el alumbramiento dan también cumplida explicación de las hemorragias, único accidente temible, si bien *siempre* remediable.

Pinard, en la cátedra, en libros y revistas, ha expuesto clarísimamente la conducta que ha de seguirse una vez que el útero se ha desembarazado del feto, y autoriza intervenir en el alumbramiento y antes de la media hora que sigue á la expulsión del feto, únicamente *si es exagerado el movimiento ascensional del útero, existe hemorragia apreciable al exterior ó el pulso pasa de ciento.*

En una palabra, lo único temible es la hemorragia, y ésta se muestra siempre por alguno de aquellos tres signos.

El útero de una primípara á menos de circunstancias especiales, conserva en buen estado su elasticidad, retractilidad y contractilidad, y con ellas no tiene temor de hemorragias, pues para que se produzca, es necesario que la placenta se inserte en el segmento inferior, es decir, en la parte del útero, donde la retractilidad falta ó está muy disminuída.

El trabajo prolongado, los fibromas, hidramnios, embarazo gemelar y muchas otras circunstancias, pueden también hacerle perder la retractilidad y ser causa de hemorragia.

La palpación es el medio más fácil y más seguro para prevenirnos contra las hemorragias. En la clínica de Baudelocque, inmediatamente después de la salida del feto, se mide cada cinco minutos la altura en que queda el útero de la sínfisis pubiana.

Si no existe hemorragia, se observa que la matriz, que en la primera medición se encuentra por debajo del ombligo, en la tercera ó cuarta gana de 2 á 4 centímetros de altura para volverlos á perder en seguida. Este movimiento ascensional es debido á que la placenta llena el segmento inferior y naturalmente ha de elevar el fondo del útero (Pinard, Varnier).

Si por el contrario, el espacio retroplacentario se llena de sangre á causa de que la matriz no se ha retraído lo suficiente, su fondo habrá de elevarse rápidamente, y la mano que palpa no encontrará el útero, fuera de las contracciones, en el ordinario estado de dureza, por el cual le ha valido el nombre de *globo de seguridad* con que Pinard le ha bautizado.

La hemorragia que no llene el espacio úteroplacentario, ha de hacerse forzosamente exterior y se reconocerá con sólo mirar la vulva.

En las multíparas á causa de la flacidez de las paredes uterinas, en los casos de hemorragia, en vez de aumentar el diámetro vertical, suele hacerlo el transverso, y esto es apreciable por la blandura que ofrece á la palpación el globo de seguridad y la frecuencia del pulso.

Pasada la primer media hora de la expulsión de la criatura, es preciso intervenir para extraer la placenta, ya por tracciones, ya por el método de expresión francesa, según que la placenta se presente por la cara fetal, la uterina ó el borde.

Esperar que el organismo por sí sólo expulse la placenta, es aguardar que diversas complicaciones agraven el estado de la parida.

Para que el útero por sí sólo haga salir al exterior la placenta, sería preciso que sus paredes conservaran, después de la lucha tan

grande que tuvieron que vencer para dar salida al feto, un grado extraordinario de tonicidad, que siempre falta en las primíparas por la fuerza que emplearon contra el periné y en las multíparas por el estado de flacidez del útero.

Se impone, pues, como indispensable hacer siempre la extracción de las secundinas, ya se hallen en el cuello, ya en la vagina.

Esperar más de media hora es estar expuesto en los casos anormales á que el cuello, recobrando su retractilidad, aprisione la placenta ó las membranas y dificulte un acto que momentos antes era sencillo.

El empleo del cornezuelo de centeno ó sus derivados es un medicamento altamente perjudicial en obstetricia y de tanto tiempo demostrados sus peligros, que por lo menos aquí en Francia sólo se habla de él para condenarle.

Como la hemorragia durante el alumbramiento es siempre y únicamente debida á la falta de contractilidad y retractilidad del útero, se hace urgentísimo quitar todo lo que pueda ser un obstáculo al cumplimiento de estas propiedades, y en la generalidad de los casos lo es solamente la placenta.

Una vez libre el útero de su contenido, sus fibras al contraerse y retraerse harán cesar la hemorragia, y si ésta no cesa, es debido á que existen coágulos que es preciso extraer, pues de otro modo obrarían como la placenta, oponiéndose á la retracción uterina.

Con frecuencia ocurre, y esto lo he observado muchas veces, por ser de práctica corriente, que los úteros muy fatigados, aun después de vacíos, pierden con frecuencia su tonicidad y la hemorragia se produce; por esta razón, Pinard y demás tocólogos eminentes recomiendan una vigilancia extraordinaria del útero á través de las paredes abdominales, á la par que se favorece la acción hemostática de la retractilidad, mediante el masaje del útero y las inyecciones vaginales ó intrauterinas á 40 ó 50°.

Estos son medios que, además de sencillos, son los únicos que hacen cesar la hemorragia sin el peligro de la ergotina, que encierra dentro del útero la causa que mantiene la hemorragia.

Podría citar muchos casos de hemorragias alarmantes que con harta frecuencia se observan. Yo he visto, quizá más de un centenar, y jamás la muerte ha sido el fin de las mujeres que las han sufrido.

Cierto es que al éxito contribuye la grandísima vigilancia que aquí se observa con las puérperas, pues en algunos casos he tenido

que estar más de seis horas al lado de una parida sin abandonar la vigilancia del útero.

La manera de emplear los únicos medios recomendados es relativamente sencilla; el masaje del útero á través de la pared abdominal es tan sencillo como supérflua su descripción; las inyecciones vaginales calientes deben administrarse sin presión de ningún género y cuidando que el líquido tenga fácil salida; *no deben emplearse contra la hemorragia estando la placenta dentro.*

Las inyecciones intrauterinas no deben hacerse sino cuando el útero está completamente vacío; introducir una sonda intrauterina cuando la placenta ocupa la cavidad de la matriz, es exponerse á una de estas tres cosas: perforar la placenta, el útero ó no pasar del cuello.

La introducción de una sonda entre la placenta y el útero, á mas de tener otros peligros (perforación del útero), expone si la temperatura es elevada (40 ó 50°), á que la placenta y las contracciones del útero aprisionen el agua y se distienda más el útero; si el líquido de la inyección es tibio resulta inútil.

El taponamiento vaginal con gasa ó algodón, solo ó junto con el cornezuelo de centeno, están mandados retirar de la práctica.

La extracción manual de las secundinas, que *es lo primero que hay que hacer en casos de hemorragia*, es una operación que requiere alguna costumbre para que resulte bien practicada: la introducción de la mano en el útero, es siempre fácil, poco tiempo después del parto, debido á la flacidez del cuello, pero el orientarse dentro de la cavidad requiere alguna práctica, sobre todo en las multiparas, que están expuestas á roturas del útero

Si han pasado muchas horas después del parto, seguramente el cuello impedirá la introducción de la mano, debiéndose recurrir en casos semejantes á su dilatación.

Las adherencias que la placenta tiene con el útero son siempre fáciles de desprender, pues las anormales y duras constituyen caso de extraordinaria rareza, siendo las únicas que imponen dejar la placenta, pero no por temor á la hemorragia, sino á la rotura del útero.

Para que la matriz dé sangre es preciso que la placenta se haya desprendido, de otro modo no la dará, y jamás debe inquietarnos, al tiempo de hacer extracción manual de las secundinas, la sangre que se derrama al exterior, *pues es la acumulada en la vagina ó detrás de la placenta.*

Abandonar una placenta dentro del útero es esperar que la septicemia mate á la enferma, ó por lo menos exponerla á una metritis más ó menos grave, y de estos casos pudiera citar muchos, además de sostener la hemorragia.

Después de profusas hemorragias, las inyecciones de suero artificial levantan rápidamente á las enfermas que sufren la anemia aguda consecutiva, pero á condición de emplear 250 ó 500 gramos de suero.

El espíritu que me ha guiado al escribir estas líneas, no ha sido otro que el de señalar rápidamente la conducta que debe seguirse en los alumbramientos, y de la cual no es permitido apartarse lo más mínimo si hemos de cumplir con el deber que impone la profesión.

Puede sentarse como una ley, que la única rarísima excepción ya citada, confirma el siguiente principio: *Lo primero que hay que hacer en las hemorragias del alumbramiento es vaciar completamente el útero.*

EL SUERO DE MARMOREK

EN LAS PLEURESÍAS Y ANGINAS ESTREPTOCÓCICAS OBSERVADAS COMO COMPLICACIÓN DE LA ESCARLATINA

POR

D. FEDERICO COCO PÉREZ

Médico titular de Grajal de Campos (León).

Aunque muchas veces los médicos rurales tengamos deseos de comunicar algunos de los hechos que observamos en nuestra clientela, nos vemos imposibilitados de hacerlo por las innumerables ocupaciones que sobre nosotros pesan; mas en esta ocasión voy á describir á la ligera el resultado obtenido con el empleo del suero antiestreptocócico en algunas complicaciones de la escarlatina, no sin suplicar á los ilustrados lectores de la REVISTA tengan indulgencia con mi pobre trabajo.

La circunstancia de haberse desarrollado durante el invierno pasado una epidemia de escarlatina en un pueblo inmediato á este, y presentarse de una manera muy anómala y con toda serie de complicaciones, me hicieron poner en juego todo el arsenal terapéutico, y en algunos casos, ya desesperanzado, me decidí á emplear el suero

de Marmorek, quedando entusiasmado de los resultados obtenidos, y para demostrarlo sólo me entretendré por hoy en bosquejar dos casos típicos que demuestran la veracidad de mis afirmaciones.

El primer caso se refiere al niño Pablo Parrado Bores, natural de Sahagún (León), de ocho años de edad, de temperamento linfático y sin ningún antecedente morboso propio ni de familia, y que el día 20 de septiembre último comenzó á sentir escalofríos, fiebre alta bastante elevada, gran frecuencia de pulso, presentando angina pultácea, inflamación de los ganglios submaxilares, y más tarde lengua frambuesada y erupción en la piel, etc., en una palabra, todo el cortejo sintomático de la escarlatina. Limitóse el médico de cabecera á prescribir los remedios terapéuticos que son de uso corriente en esta clase de afecciones; pero el día 29, al ver al niño bastante molestado, decidieron llamarme en consulta, observando entonces que habia edema de los párpados y de la cara, así como también de las extremidades, disminución en la cantidad de orina, siendo ésta algunas veces sanguinolenta, y ligera reacción febril (37°,8 á 38°).

En los días sucesivos el edema aumentó considerablemente invadiendo el escroto y abdomen, poniendo á la familia y á los médicos en bastante aprieto, mucho más desde el momento que procedimos al análisis de la orina por el reactivo de Esbach, y notar gran cantidad de albúmina, diagnosticando el caso de nefritis consecutiva á la escarlatina. Instituímos el tratamiento adecuado al caso, dieta láctea, lactosa, lactato de estroncio, baños de vapor y revulsión con el vejigatorio de Berrojo (que nos dió buen resultado). En virtud de esta medicación, los edemas fueron paulatinamente disminuyendo, la diuresis aumentó, la albúmina fué desapareciendo y el niño parecía llegado al momento de entrar en franca y rápida convalecencia, pero por desgracia no fué así, sino todo al contrario, pues una nueva complicación, y de más entidad si cabe, invadió á este pobre enfermito, ya agotado por las afecciones antes descritas.

En efecto, el día 10 de noviembre observé una tos quintosa seca que molestaba al enfermo día y noche, respiración frecuente y superficial, fiebre ligera vespertina (de 38° y 38'5), lo que me hizo poner en guardia y dirigir mis investigaciones al aparato respiratorio, notando evidentemente que el lado izquierdo del tórax no participaba de los movimientos respiratorios, esto es, que el enfermo tenía miedo al hacer la inspiración, y que había aumento de volumen del mismo lado, abolición de las vibraciones torácicas, sonido timpánico por encima del borde inferior del pulmón y por detrás, convirtiéndose en

macizo en los días posteriores, pero macicez absoluta, como si se percutiera sobre el muslo, llegando á alcanzar dicha macicez hasta la región submaxilar izquierda. Esta macicez contrastaba con el sonido timpánico que apreciamos en el espacio semilunar de Traube, sonido que más tarde desapareció para ser sustituído por una macicez absoluta, lo que nos hacía creer que el estómago y diafragma eran rechazados hacia abajo. El corazón estaba desviado de su posición normal llegando á latir la punta de dicho músculo al lado derecho del esternón; el murmullo vesicular disminuído; existían soplo tubario y broncofonía; el decúbito era lateral izquierdo y supino de preferencia, el pulso frecuente, pequeño, miserable, y la fiebre de tipo intermitente. La lengua estaba saburrosa, había anorexia y polidipsia y el enflaquecimiento había llegado al más alto grado.

En vista de tan claro cuadro sintomatológico no vacilé en el diagnóstico de pleuresía del lado izquierdo con abundante derrame, y le hice saber á la familia teníamos que luchar con otra grave complicación, y que la situación del enfermo era bastante grave, haciéndoles comprender mis deseos de celebrar consulta con algún compañero de reconocida competencia y, en efecto, tuve la satisfacción de oir la autorizadísima opinión del notable clínico Dr. Luis Moreno, de Valladolid, el cual estuvo conforme con mis juicios, no decidiéndonos á hacer en aquel momento la toracentesis en vista del enflaquecimiento del enfermo y del estado adinámico en que se encontraba, limitándonos por entonces á tonificarle.

Pasados cuatro días, y en vista de que la gravedad aumentaba, me decidí á intervenir, haciendo antes una punción exploradora precedida de la esterilización de la región, aguja, etc., extrayendo pus loable; practiqué más tarde la toracentesis con el aspirador de Dieulafoy, extrayendo 500 gramos de un líquido de consistencia cremosa color blanco-amarillento, con lo cual experimentó el enfermo una gran mejoría que por desgracia duró muy poco tiempo, pues á los tres días se había vuelto á reproducir la misma cantidad. Se repitió la toracentesis y se extrajeron 800 gramos, sobreviniendo algún alivio, pero poco duradero, puesto que á los seis días tuve que volver á puncionar, saliendo 800 gramos, de los que remití unos 50 al Laboratorio municipal de Valladolid, resultando del análisis lo siguiente: «Análisis bacteriológico de un exudado. Caracteres: líquido de consistencia cremosa color blanco-amarillento; no se coagula por la acción del calor. Examen microscópico: gran cantidad de glóbulos blancos voluminosos, polinucleados, nadando en el plasma. Examen

bacteriológico; no existe el bacilo de Koch, ni el de Friedländer, ni el neumococo de Frænkel, y sí tan sólo se ha demostrado la presencia de los micrococos comunes del pus. En vista de los anteriores datos, puede calificarse el exudado de purulento. Valladolid 24 de noviembre de 1901.—Dr. Eugenio Muñoz Ramos».

Tan pronto como leí la certificación que antecede no vacilé, y enterado de la nota que tan claramente expone en el tomo I la magistral obra de Dieulafoy el ilustrado catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid Dr. Redondo, procedí á hacer una inyección de 20 centímetros cúbicos de suero de Marmorek debajo de la piel del abomen, con la jeringuilla de Roux, el día 1.° de diciembre. Al siguiente día practiqué la toracentesis utilizando el aspirador de Dieulafoy, haciendo un lavado de la pleura con agua hervida; transcurridas doce horas repito la inyección de suero en cantidad de 10 centímetros cúbicos, y desde este momento cambió rápidamente la situación de nuestro enfermo, haciéndose la respiración más amplia y menos frecuente, hasta normalizarse; se regulariza el pulso, desparece la fiebre, aumenta el apetito, no vuelve á reproducirse el pus y el enfermo entra en convalecencia, abandonando la cama el día 24 de diciembre curado por completo sin más medicación, gozando de perfecta salud, sin haber vuelto á sentir la más ligera molestia.

El segundo caso en el que empleé el mismo tratamiento fué en la niña Felisa González y González, de dos años de edad, que el 20 de marzo fué atacada de infección escarlatinosa y en la que se veían sembradas de falsas membranas blancas, nacaradas y resistentes, la boca, faringe y amígdalas, con infarto voluminoso ganglionar submaxilar en ambos lados (cuello proconsular), segregando por la nariz un flujo serosanguinolento y algunas veces puriforme, existiendo además tos, ronquera, etc. Este síndrome clínico nos hizo pensar en una infección diftérica, mas como no ignorábamos que muchas veces se observan, muy principalmente en la escarlatina, anginas pseudodiftéricas de estreptococos, hicimos practicar el análisis bacteriológico de las falsas membranas, dando por resultado la presencia de estreptococos, por lo que en vez del suero antidiftérico empleé el suero de Marmorek en la forma antes dicha, y ví con verdadera alegría que las falsas membranas se desprendieron al tercer día, sin que hayan vuelto á reproducirse, curando la niña de su grave afección, empleando tan sólo como tratamiento consecutivo irrigaciones de agua hervida con el irrigador de Weber y toques de mentol y alcanfor á partes iguales.

Algún otro caso expondré á la consideración de los ilustrados lectores de la REVISTA muy en breve, si mis ocupaciones me lo permiten, pues por hoy no quiero distraerles por más tiempo, terminando con las siguientes conclusiones:

1.ª Que el suero de Marmorek debe ensayarse siempre en todas las pleuresías estreptocócicas antes de proceder á la operación del empiema que hasta ahora ha sido el tratamiento empleado por todos los prácticos.

2.ª Que en las anginas estreptocócicas es un tratamiento muy racional, siendo los resultados inmediatos, evitándoles á los enfermos los toques y gargarismos que tanto les molestan.

3.ª Que yo no vacilaré, y en las formas asociadas de la infección diftérica ensayaré las inyecciones de suero Marmorek con las de suero antidiftérico.

Sólo me resta para poner término á este artículo, que he creido útil publicar mis observaciones personales, en espera de que puedan servir de punto de partida para experiencias y aplicaciones útiles, motivo por el cual las someto á la consideración de la clase médica, á la que corresponde juzgar si se puede en la práctica obtener de ellas algún beneficio, suplicando á todos mis dignísimos comprofesores ensayen este tratamiento y publiquen sus resultados.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVI

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

LECCIONES DE GINECOLOGÍA, por el Dr. D. Sebastián Récasens y Girol. Barcelona, 1900.

Este libro consta de 352 páginas y el material del texto está dividido en 15 lecciones, las cuales explicó en su renombrada Clínica de Barcelona, en 1900, el que hoy honra con su talento y laboriosidad la Cátedra de Obstetricia del Colegio de Medicina de esta Universidad central.

En las dos primeras lecciones se ocupa de la exploración ginecológica, y en las siguientes, precedidas de un estudio de la asepsia y antisepsia, expone los procesos morbosos de la vulva, periné, va-

gina, trompas y ovarios. Es de advertir que no se sigue en la exposición el rigor didáctico de una obra de Patología, sino que las entidades nosológicas aparecen en el curso de las lecciones con la espontaneidad con que se alumbraran en el pensamiento del autor, libre de trabas y cortapisas que pudieran sujetarle al patrón común que se suele seguir en esta clase de trabajos.

Sin que pretendamos hacer un análisis detenido de todas las materias que contiene este libro, permítasenos, cuando menos, transcribir sumariadamente el índice, para que el lector pueda hacerse cargo del gran número de cuestiones ginecológicas que contiene y de la original exposición de las mismas.

En las enfermedades de la vulva estudia, además de las distintas inflamaciones, el eczema, el prurito, la bartholinitis y el quiste de la glándula de Bartholin, los tumores de distintas clases y naturalezas, hernia inguinal, hidrocele, elefantiasis, vegetaciones, chancros, placas mucosas, sífilides, lupus, carúncula irritable de la uretra y coxigodínia. Dedica una lección á los desgarros del periné y á las enfermedades de la vagina, entre las que figuran las inflamaciones, tumores, traumatismos y vaginismo; las seis siguientes corresponden á los procesos uterinos, entre los cuales estudia las variadas localizaciones de los procesos inflamatorios, los tumores y las desviaciones; la lección XII la dedica á las fístulas urinarias y las tres últimas á las enfermedades de las trompas y de los ovarios, en las que incluye las anomalías menstruales y de desarrollo y de conformación de los órganos genitales.

Tal es el resumen de materias. Pues bien; excepto alguna pequeña omisión, tal vez voluntaria, que se nota en la exposición de algunos procesos, en todas las lecciones campea firme y valiente, sin altisonancias ni mal sentida modestia, el criterio personal del autor, eminentemente claro cuando se trata de fijar el diagnóstico y extraordinariamente práctico cuando se trata de plantear el tratamiento, como lo prueban, por ejemplo, el diagnóstico de los quistes del ovario y el raspado uterino. Otro carácter simpático se observa en estas lecciones, el cual consiste en la persuasión del autor respecto á cuanto afirma, sin que se engolfe en intrincadas hipótesis y sin que acuda á la autoridad ajena, excepto raras veces, para emitir y reforzar su pensamiento.

En resumen: la obra del laborioso y afamado ginecólogo doctor Récasens, es una obra totalmente personal, propia, donde pone de relieve lo mucho que ha visto y lo bien que ha sabido ver en esta

difícil especialidad. Avaloran, además, el texto, gran número de grabados, unos representando las salas de su Clínica y otros productos patológicos de los casos por él operados, etc.

Reciba el nuevo Profesor nuestra más sincera y entusiasta enhorabuena por sus *Lecciones* y por la Cátedra que acaba de conquistar en Madrid, donde también se sabe hacer justicia al mérito.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 21 *de Junio de* 1902.

Fetóforo é hipnotizador del Dr. Díaz de la Quintana. — El Dr. *Iglesias* lee lo siguiente: La principal ventaja del aparato consiste en disponer de un buen foco de luz para examinar un enfermo. Subsana los inconvenientes de los aparatos por acumulación que se descargan fácilmente; que necesitan de lámparas especiales; que se funden muy pronto; que alcanzan precios elevados y que son de molesto transporte. Este aparato puede llevarse á la cabecera del enfermo; se enchufa á cualquier aparato de luz eléctrica de la habitación y se coloca en todo género de posiciones, ya frontal, ya suelto, según los casos.

Colocado el foco, que va sujeto á una banda elástica, sobre la frente del enfermo, sirve para originar la hipnosis por fatiga de la visión en estrabismo convergente.

También es de aplicación fototerápica, como anestésico y analgésico, policromado, pues basta cambiar la lámpara de luz blanca por otra del color que se quiera.

Dicha lámpara es de uso industrial corriente.

Observaciones meteorológicas.—El mismo Dr. *Iglesias* da cuenta á la Academia de la última publicación del Observatorio de Madrid, referente á las *Observaciones meteorológicas efectuadas durante los años* 1898 *y* 1899, por entender que este linaje de investigaciones son tan necesarias para el higienista y el médico como para el agricultor y el hombre de gobierno, y que la Academia fué la primera en implantar en esta Corte en la primera mitad del siglo XVIII, poco tiempo después de fundada.

Dicha obra, de 478 páginas, está dividida en dos partes. La correspondiente al año 1898 comprende numerosos cuadros que se refieren á observaciones generales, concernientes al temporal reinante en cada uno de los doce meses del año, resultando medios y extremos de las observaciones meteorológicas efectuadas; observaciones barométricas y termométricas, irradia-

ción solar y terrestre, observaciones psicrométricas, tensión del vapor de agua, humedad relativa, observaciones anemométricas, correlación de observaciones meteorológicas; observaciones del año meteorológico de 1898, resumen general por décadas, meses, estaciones y año; horas de insolación en Madrid durante dicho año; tempestades eléctricas y declinación magnética en el mismo tiempo.

El Dr. Iglesias dice que en la imposibilidad de exponer datos tan variados como curiosos, de que sólo puede formarse cabal idea, consultando el libro en cuestión, consignará las cifras que resumen la labor cotidiana. Durante el año meteorológico de 1898, que como es sabido empieza el 1.° de diciembre y termina el 30 de noviembre, la altura media del barómetro fué en Madrid de 706'71 milímetros; la máxima, 724'19; la mínima, 687'50, y la oscilación, 36'19; temperatura media, 14°; máxima, 41'2; mínima, 4°,3; oscilación termométrica, 45°,5: atmómetro, 4'20; lluvia total apreciada por el pluviómetro, 326; días de lluvia, 84; dirección media del anemómetro, NE.; velocidad media del mismo, 363, y nubes, 4'2.

En el invierno de dicho año, que comprende los meses de diciembre, enero y febrero, la presión atmosférica media estuvo representada por 709'99; máxima, 724'19; mínima, 693'19; y oscilación barométrica 31 milímetro; temperatura media, 6'4; máxima, 19'2; mínima, 4'1; oscilación termométrica, 23°,3; humedad media, 74; atmómetro, 1'06; lluvia total según el pluviómetro, 68'1; días de lluvia, 19; dirección media del viento, NE.; velocidad media del mismo, 324, y nubes, 4'3.

En los tres meses que constituyen la estación de primavera, ó sean marzo, abril y mayo, la altura media del barómetro fué 703'66; máxima, 715'27; mínima, 687'92; y oscilación barométrica, 17'35; temperatura media, 11'1; máxima, 28'6; mínima, 4'3; y oscilación termométrica, 32'9; humedad media, 61; atmómetro, 3'75; lluvia total, 70'8; días de lluvia, 24; dirección media del viento, SO.; velocidad media, 396; y nubes, 4'6.

En la estación de verano (junio, julio y agosto), la presión media fué 707'63 milímetros; máxima, 712'97; mínima, 702'4; y la oscilación barométrica, 10'93; temperatura media, 24; máxima, 41'2; mínima, 5; oscilación termométrica, 36'2; humedad media, 41; atmómetro, 8'97; lluvia total, 53'6; días de lluvia, 8; dirección media del viento, NE.; velocidad media del mismo, 356; y nubes, 2'3.

Y en los meses de septiembre, octubre y noviembre, que forman la estación de otoño, la altura media del barómetro fué 705'53; máxima, 712'58; mínima, 687'50; y la oscilación, 25'08; temperatura media, 14°'6, máxima, 36'8; mínima, — 2'4; y oscilación termométrica, 39'2; humedad media, 71; atmómetro, 3'03; lluvia total, 133'5; días de lluvia, 33; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 375; y nubes, 5'3.

Las tempestades eléctricas en el año de 1898 fueron 19: una en mayo, cuatro en junio, dos en agosto, diez en septiembre, una en octubre y una en noviembre; pero de las 19 mencionadas, diez se redujeron á simples amagos, desprovistos por completo de importancia. La de 23 de septiembre revistió imponente y excepcional importancia por su mucho aparato eléctrico. En general, el año mencionado fué de excepcional calma en tal sentido.

La segunda parte, correspondiente á 1899, como resumen se consigna: altura barométrica media, 707'94; máxima, 720'73; mínima, 689'24; y la oscilación barométrica, 31'49; temperatura media, 14'8; máxima, 40'6; mínima — 5'7; oscilación termométrica, 46'3; humedad media, 63; atmómetro, 3'65; lluvia total apreciada por el pluviómetro, 340'2; días de lluvia, 83; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 338; y nubes, 4'1.

En la estación de invierno: altura barométrica media, 709'19; máxima, 710'75; mínima, 689'57; y oscilación barométrica, 31'16; temperatura media, 6; máxima, 20; mínima — 5'7; y oscilación termométrica, 25'7; humedad media, 79; atmómetro, 0'76; lluvia total, 76'3; días de lluvia, 22; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 284, y nubes, 5'1.

En la primavera: altura barométrica media, 706'47; máxima, 717'21; mínima, 689'24; oscilación, 27'97; temperatura media, 14'1; máxima, 33'6; mínima — 4; oscilación, 37'6; humedad media, 58; atmómetro 4'39; lluvia total, 55'5; días de lluvia, 19; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 394; y nubes, 4'2.

En la estación de verano: presión media, 707'31; máxima, 712'78; mínima, 697'11; y oscilación, 15'67; temperatura media, 23'2; máxima, 40'6; mínima, 8'2; y oscilación, 32'4; humedad media, 46; atmómetro, 7'95; lluvia total, 122'9; días de lluvia, 18; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 375; y nubes, 2'3.

Por último, en la estación de otoño: altura barométrica media, 708'66; máxima, 716'68; mínima, 700'49; y la oscilación, 16'19; temperatura media, 15'8; máxima, 35'3; mínima—2; oscilación, 37'3; humedad media, 70; atmómetro, 2'50; lluvia total, 85'5; días de lluvia, 24; dirección media del viento, NE.; velocidad media, 293; y nubes, 4'6.

Durante el año de 1899 se contaron en Madrid 18 tempestades eléctricas, de muy desigual intensidad y duración: una en cada uno de los meses de marzo, abril y mayo; cuatro en junio; dos en julio; cinco en agosto, y dos en septiembre y octubre. De dichas tempestades, tres se desarrollaron durante las horas de la mañana; doce por la tarde, antes de la postura del sol, y tres por la noche.

Debe mencionarse especialmente la tempestad de granizo, de excepcional violencia, observada en gran parte del casco de la población de Madrid y afueras del Norte el día 9 de junio de 1899. Empezó á las cinco y treinta de la tarde y terminó á las cinco cincuenta; se obscureció la luz hasta el punto de parecer casi de noche; el suelo se cubrió de una capa de granizo de 5 á 8 centímetros; sobre la citada capa se formó una densa niebla como de un metro ó poco más de altura, debida á la rápida condensación del vapor de agua, por el frío de la extensa capa de hielo depositada en el suelo; los mayores destrozos se apreciaron en la parte alta de Madrid, viéndose arrancadas por completo las cortezas de los árboles, con el ladrillo descubierto las fachadas de las casas orientadas á Poniente, trituradas ó molidas las vidrieras y arrancadas astillas de las persianas de los balcones.

La dimensión de los granizos fué variable desde el de una avellana hasta el de una naranja gruesa; la forma dominante, la de esferoides deprimidas en su eje menor, como las naranjas mandarinas, y el peso, muy diferente,

desde 6 á 135 gramos, que fué el de uno de los recogidos en la esquina de la calle de Argensola á la de Génova.

Hubo heridos, contusos, sustos, carreras y grandes pérdidas, en cristales principalmente.

Con tal motivo se recordó la tempestad sufrida en Cazorla en 15 de julio de 1829, y la de Albacete en 16 de agosto de 1859, pues en una y otra cayeron con los granizos verdaderos témpanos de hielo de 4, 6, 8 y hasta 12 libras de peso, que destruyeron viviendas y sembrados, y sumieron en la más espantosa ruina á los moradores de dichas ciudades.

El Dr. Iglesias termina diciendo: dedúcese de lo sumariamente expuesto que dicha publicación contiene datos muy estimables para el conocimiento del clima de esta Villa y Corte, tan variable é inseguro en todo tiempo, que nadie tendrá la pretensión de afirmar que ha descifrado sus secretos; que los años 1898 y 1899, si no ofrecieron particularidades de gran relieve, en lo referente á las principales condiciones meteorológicas, si se exceptúa la tempestad de granizo del último año, dieron motivo á investigaciones que no se deben desdeñar, y que para nuestra constante labor, higiénica y médica, hemos de aprovechar las enseñanzas que en todo tiempo nos inspiran los diversos fenómenos meteorológicos, tan inconstantes y extremados en la capital de España y en el centro de la península ibérica.

Quistes hidatídicos.—El Sr. *Espina*, haciéndose cargo de lo que el doctor Mariani expuso en sesiones anteriores respecto de los quistes hidatídicos, manifiesta que tal estado morboso no dejaba de ser frecuente, localizándose, sobre todo, en el pulmón y en el hígado; que los del pulmón eran primitivos ó secundarios á la abertura de los del hígado, y que la primera historia clínica de un quiste la recogió en la del Hospital provincial á cargo del doctor Martín de Pedro, y se refería á un quiste desarrollado en la superficie convexa del hígado, que se abrió en el pulmón, fué acompañado de compresión respiratoria y alteraciones de la circulación, cuyo enfermo curó con modificadores propiamente médicos. Cita luego otro caso de quiste hidatídico del pulmón, que vió en la Clínica médica de San Carlos, á cargo del Dr. Sánchez Ocaña, en que se presentaron hemoptisis abundantes, y se curó espontáneamente por la expulsión del quiste.

Ensalza los progresos realizados por el Dr. Dieulafoy en esta materia y, sobre todo, la aplicación de los rayos Rœntgen, que conducen á la formación de un diagnóstico preciso, base de la terapéutica.

Consigna que en Extremadura y en la provincia de Ciudad Real, zona correspondiente á las zonas militares, son muy frecuentes los quistes hidatídicos, sobre todo, los del pulmón; que éstos provocan hemoptisis y neumonías; que los hidátides pueden penetrar por la vía aérea ó por el aparato digestivo, y que son mucho más frecuentes en el pulmón derecho que en el izquierdo, en la proporción de nueve casos de los primeros de diez observados, sin duda por su mayor actividad funcional y por sus relaciones con el hígado, siendo generalmente interlobulares, rara vez intersticiales, más anteriores que posteriores y situados por lo común en la parte media.

El Sr. Espina añade que es indispensable el examen detenido del esputo en todos los casos, pues así pueden hallarse signos diagnósticos preciosos; que la tuberculosis empieza por los vértices del pulmón, partes menos

aireadas que las restantes, en tanto que los quistes se fijan en la parte media; que en éstos la hemoptisis es infebril, hay dolores compresivos, no pleuríticos, dificultad respiratoria y signos de compresión bronquial, y que el análisis radiográfico aclara todas las dudas, llevando á la mayoría de los casos á su diagnóstico seguro, preciso y precoz.

Cita el caso de un sujeto, procedente de la provincia de Ciudad Real, que se presentó en su consulta con todas las manifestaciones de *hectiquez avanzadísima*, acompañada de abundantes hemoptisis, y demostrada por la radioscopia la existencia de un quiste, al nivel de la quinta costilla del lado derecho, fué operado por el Dr. Cervera, resecando primeramente dicho hueso, extirpando la neoplasia y lográndose la curación completa en breve plazo. Dice después que podría citar otros cuatro casos análogos.

Respecto de la terapéutica, sostiene el Sr. Espina que los quistes deben operarse antes de que se abran en los bronquios ó en el aparato digestivo; que cuando se abren son mayores las adherencias y hay destrucción de tejidos; que la extirpación es más fácil en el pulmón que en el hígado; que ha de aspirarse á un diagnóstico precoz, que se pierde lastimosamente el tiempo con los tratamientos médicos, pues los quistes no tienen otra terapéutica que la quirúrgica, rechazando hasta el yoduro potásico, tan recomendado por algunos; y que debe operarse siempre, aunque se tema la hemoptisis ó después de cohibida la hemorragia si se presentara.

El Sr. Espina termina asegurando que la disnea, los accesos de tos, las hemoptisis y demás síntomas de los quistes hidatídicos del pulmón no tienen otro tratamiento que el quirúrgico, y que las hemoptisis que sólo se presentan en la primera, corresponden generalmente á los quistes hidatídicos y no á la tuberculosis.

El Dr. *Mariani* manifiesta que sin el diagnóstico no puede resolverse la intervención quirúrgica: recuerda las principales particularidades de uno de los casos de quiste que expuso á la consideración de la Academia, y especialmente los síntomas de cistitis en su principio, y la tumefacción de la zona hipogástrica después, habiéndose abierto el quiste en el recto, cuando se preparaba la laparotomía, y lográndose el restablecimiento del enfermo.

Sostiene que el diagnóstico es muy difícil en muchos casos; que la hemoptisis de un sujeto robusto inclina á la idea de quiste, más que á la de tuberculosis; y que según su experiencia, cuando dichas hemorrogias se presentan en la primavera, generalmente se trata de tuberculosis no de quistes; habiendo observado en la primavera última, en un solo día, hasta siete casos de hemoptisis tuberculosas.

El Sr. *Espina* contesta que en la mayoría de los casos es posible un diagnóstico precoz de los quistes del pulmón por medio de la radioscopia; que la práctica de la percusión permite apreciar ciertas tonalidades de gran valor para el diagnóstico; y que insistía en que las hemoptisis primaverales, cuando son efecto de congestión y no cavitarias, corresponden generalmente á los quistes hidatídicos, y en modo alguno á la tuberculosis.

PERIÓDICOS

Algunos casos de ectopia testicular.—El Dr. D. Antonio Oliete publica en la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, las siguientes observaciones clínicas respecto del asunto :

Trátase de un niño de tres años; hijo de conocida familia, que reside en esta capital. En ocasión de estar tratando una hernia congénita á otro niño de pocos meses, hermano del referido, le invitaron sus padres al Dr. Oliete á que lo viera, pues tenía algunas dificultades para verificar la miccion, que eran debidas á la estrechez del meato prepucial. Propuesta la circuncisión y aceptada, la practicó á los pocos días ; mas durante las maniobras de la exploración, operación y curas consiguientes, echó de ver que carecía de testículos ó al menos éstos no se encontraban en el escroto ni en los conductos inguinales. Curado de la circuncisión, practicó una exploración en ambas fosas ilíacas, sin resultado positivo, á pesar de existir una ligera tumoración en la fosa ilíaca derecha, que hizo presumir fuera el testículo, pero que desaparecía al tacto, así que se intentaba aplicar las manos, por las contracciones que en los músculos abdominales despertaba y la resistencia á la exploración tan natural en un niño de tan corta edad. Propuso la anestesia como medio que permitiera la exploración, pero la familia se opuso á que se repitiera la cloroformización, ya empleada con motivo de la circuncisión.

En vista de ello se puso en práctica la medicación tiroidea empleada por Apert para el tratamiento de la ectopia testicular á la dosis de cinco centígramos diarios, medicación que fué mantenida por espacio de un mes con los resultados siguientes : aumento de la tumoración observada en la fosa ilíaca derecha y aparición del testículo izquierdo en el conducto inguinal, testículo de reducidas dimensiones que fácilmente permitió deslizarle hacia el escroto, pero que no consiguió mantenerlo espontáneamente allí, tal vez porque el escroto fuera en extremo reducido. Hubiera conseguido mantenerlo fuera del anillo por medio de un vendaje apropiado, pero el temor de que el vendaje fuera un posible obstáculo á la espontánea migración del otro testículo, le hizo desistir de aplicarlo. Continuó la medicación tiroidea, aumentando la dosis hasta 10 centígramos diarios, y al cabo de diecinueve días apareció el testículo derecho en el conducto inguinal, necesitándose de repetidas tracciones para hacerle vencer el orificio externo. En el lado izquierdo, mientras esto ocurría, había permanecido el testículo fuera del conducto inguinal, y éste era ocupado por una pequeña hernia que sucedía á la migración testicular. Aplicó entonces un braguero doble de lienzo, modelo Sculteto, con las modificaciones propias del caso, y con el que se consiguió mantener reducida la hernia y á los testes fuera del conducto inguinal. Aparentemente no parece que ocupan el escroto, pues éste, como ya se ha dicho, es de reducidas dimensiones, pero en cambio, el periné y el pubis están desarrolladísimos, ocupando parte del lugar que á las bolsas corresponde.

Actualmente lleva aplicado el braguero, que continúa cumpliendo á la perfección su cometido. Diariamente se le practican tracciones débiles en los testículos, habiendo conseguido una movilidad relativamente normal.

«Muchacho de dieciséis años, el cual en la pubertad sintió agudos dolores en la región inguinal derecha y presentósele una tumoración del tamaño de una nuez. El dolor aliviósele, dice, con la aplicación de unas pomadas que le proporcionaron, pero ni la tumoración ni las molestias que para el trabajo sentía se corrigieron. En vista de la persistencia del achaque, lo comunicó á su padre, quien *diagnosticó* de hernia, y cuyo diagnóstico confirmaron en una fábrica de bragueros de la calle de Vi..., en esta ciudad, donde previo reconocimiento facultativo (?), dice, le aplicaron un braguero que conserva, modelo francés, pelota triangular medianamente convexa.

La intolerancia del aparato fué inmediata, y no pudiendo ser soportado el braguero, ni á fuerza de compresas de algodón, consulté con el Dr. Oliete.

Explorada cuidadosamente la región, pudo apreciar la bolsa escrotal del lado afectado vacía completamente y de tamaño mucho menor que la del lado izquierdo, que estaba ocupado por el testículo.

Junto mismo al límite externo del canal inguinal existía un cuerpo del tamaño de un huevo de paloma, duro, doloroso á la más leve presión, fijo, sin permitir desliz en sentido alguno. Dice el enfermo, que antes de la aplicación del aparato aquel cuerpo corría empujado por la mano á lo largo del canal, sin conseguir hacerlo desaparecer á pesar de las muchas tentativas por él practicadas.

Con estos datos diagnosticó de ectopia testicular. La fijeza del testículo lo atribuía á adherencias de las cubiertas de éste con las paredes del conducto, desarrolladas por la inflamación traumática ocasionada por el braguero.

Hízole quitar el aparato; le prescribió reposo en la cama y fomentos muy calientes con agua boricada, citándole á un nuevo reconocimiento para pasados seis ú ocho días á partir del en que comenzara el tratamiento indicado.

Trece días transcurrieron sin saber nada del paciente, al cabo de los cuales presentóse nuevamente á reconocimiento. El dolor había desaparecido casi completamente; la tumoración se había reducido, pero la fijeza del testículo era idéntica, siendo inútiles los suaves esfuerzos practicados en aquella sesión y cuatro siguientes, para desalojarle del conducto y verterlo en el escroto.

En vista de esto propuso practicarle la celorrafia (Tuffier) ú orquidopexia (Pozzi), proposición que fué aceptada sin la más leve oposición, y luego de advertidos de las reservas que tenía acerca del resultado, entre otras razones por ignorar la importancia de las adherencias del testículo con las paredes del conducto inguinal.

Tenía el propósito hecho de poner en práctica el procedimiento de Kirmisson, descrito en el *Traité des maladies congenitales*, 1898, pág. 583; pero en el momento de practicar la incisión, el temor de caer sobre alguna adherencia que enmascarase las relaciones entre el teste y conducto y que hiciera posible herir el testículo, le decidió á comenzar la incisión á partir del límite inferior del conducto y en dirección del escroto en una longitud de cuatro centímetros. Profundizada la incisión hasta alcanzar la cavidad del escroto, introdujo el dedo meñique, primero en dirección del escroto y luego en la del conducto, que estaba obturado por el testículo. Aplicada la mano izquierda sobre el conducto para evitar que se deslizara el testículo, con el dedo meñique de la mano derecha lo desprendió de sus adherencias con el conducto con relativa facilidad, y atrayéndole hacia la incisión logró sacarlo por ella sin apenas oponer resis-

tencias. Las adherencias ocupaban principalmente la superficie testicular puesta en contacto con la pared anterior del conducto, que era la que más directamente había sido mortificada por el aparato. Vista la docilidad con que se prestó á las tracciones practicadas, desistió del procedimiento de Kirmisson; mas para fijar al menos temporalmente el testículo y no perder las ventajas obtenidas con la intervención, pasó con una aguja ordinaria un hilo de catgut al ácido crómico por la base del testículo, comprendiendo apenas la túnica albugínea y pequeña porción del tejido testicular; con una aguja de Reverdin pasó dos veces el escroto en su fondo de fuera á dentro, sacando con ella los dos cabos del hilo pasado por el testículo y cuyos cabos anudó sobre la superficie del escroto, con lo que quedó el testículo unido al fondo de la bolsa.

Sutura en un solo plano de la incisión y vendaje apropiado al caso.

Del tercero al séptimo día apareció y se mantuvo una tumefacción limitada al testículo, que fué desapareciendo paulatina y espontáneamente. Los puntos de la sutura fueron quitados al décimo día; el asa del catgut crómico persistía y no desapareció hasta el décimotercio día.

Antes de levantarse de la cama le aplicó un braguero de tejido elástico con el fin de evitar una posible hernia y la retracción del testículo, que así que fué absorbida el asa de catgut, quedó de nuevo en libertad, pero dentro del escroto.

Hace poco más de un mes el operado está dedicado á sus tareas del campo, y parece un poco atrofiado el testículo. No siente molestias de ningún género y tolera perfectamente el aparato que lleva».

Tratábase de individuos de siete y once años; el primero con hemicriptorquidia y completamente criptorquídeo el segundo. Ectopia inguinal en ambos. Antes de intentar el más ligero masaje, los sometió á la medicación tioroidea durante tres y cuatro meses respectivamente sin resultado alguno positivo, en vista de lo cual comenzó las tracciones moderadas y el masaje, con lo que consiguió en doce días para el primero y treinta y siete para el segundo verter los testículos en el escroto; obtenido lo cual les aplicó el vendaje de Sculteto construído para el caso con tejido elástico, y sin que hasta la fecha hayan aparecido hernias ni repetido la ectopia».

De los resultados obtenidos, deduce el Dr. Oliete las siguientes conlusiones:

1.ª Que debe intentarse tratamiento en todos los casos de ectopia testicular y muy particularmente si la ectopia es doble.

2.ª Que dada la inocuidad del tratamiento tiroideo, debe comenzarse por él antes de apelar á ningún otro y mantenerlo durante dos ó tres meses.

3.ª Que diagnosticada la ectopia no debe aplazarse el tratamiento, puesto que en el caso de no dar resultados la medicación tiroidea, es tanto más fácil corregir la ectopia con medios manuales cuanto más corta es la edad del niño, con lo que nos ahorraremos de intervenciones cruentas, las más de las veces sin resultado.

4.ª Que debe aplicarse tras la reducción de la ectopia, un vendaje que al mismo tiempo que impida la salida de una hernia no permita la retracción del testículo. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 30 *de Julio de* 1902.

Oclusión intestinal por cálculo biliar. — El Dr. *G. Marchant* citó el caso de una mujer de setenta y seis años que tuvo accidentes subagudos de oclusión intestinal, y que presentaba un tumor en el flanco derecho. La laparotomía demostró que este tumor, muy móvil, estaba formado por un cuerpo duro contenido en un asa delgada. Enterostomía; extracción de un cálculo biliar de 5 centímetros por 2. Curación sin complicaciones. Esta mujer padeció algunos años antes ictericia que duró bastante tiempo.

Traumatismo craneano. — El Dr. *Picqué* refirió, en nombre del Dr. Villemin, la observación de un joven que, á consecuencia de una caída sobre el vértice del cráneo, presentó hemiparaplegia izquierda cada vez más acentuada. El Dr. Villemin vió á este enfermo cinco meses después del accidente. Por la radiografía descubrió una esquirla ósea implantada en el cerebro en el sitio correspondiente al seno longitudinal superior. La trepanación probó que esta esquirla había atravesado el conducto venoso. Su extracción no ofreció dificultad alguna, pero fué seguida de hemorragia abundantísima. La curación se obtuvo sin dificultad alguna, pero las funciones del miembro inferior tardaron en restablecerse.

Curación de una espina bífida; resultados lejanos. — El Dr. *Picqué* leyó un informe referente á un enfermito presentado hace algún tiempo á la Sociedad por el Dr. P. Delbet, y que éste había operado de una espina bífida. La espina bífida, que al nacer el niño tenía el volumen de un guisante, aumentó de una manera progresiva á pesar del uso de los vendajes compresivos, y su distensión fué tan excesiva que la rotura parecía inminente, lo que decidió al Dr. Delbet á recurrir á la cura radical. La curación persiste desde hace quince meses.

El Dr. *Kirmisson* preguntó si se había examinado el saco, porque es imposible, en el estado actual de nuestros conocimientos, afirmar nada respecto á la espina bífida, sin hacer este examen histológico. Es probable que en el caso referido se tratara de un simple meningocele.

El Dr. *Picqué* contestó que no se había hecho el examen histológico, pero que, en efecto, la pared del saco era muy delgada.

Ligadura de la vena axilar sin edema consecutivo.—El Dr. *Demoulin* refirió, en nombre del Dr. Meryel (de Tolosa), una observación de ligadura de la vena axilar, practicada al extirpar un cáncer mamario recidivado; la ligadura no fué seguida de síntoma alguno de edema del brazo correspondiente. Este hecho, que sorprendió al Dr. Meryel, se explica, sin embargo, fácilmente por el desarrollo de la anastomosis que existe en estado normal entre

la extremidad superior de la vena cefálica y la vena vertebral en forma de una red de venillas que rodéan la vena axilar. La compresión y la invasión progresiva de la vena axilar por la recidiva neoplásica permitieron desarrollarse esta anastomosis de un modo suficiente para sustituir, sin modificaciones de la circulación del brazo, la vena axilar obturada completamente por la ligadura.

Cuerpo extraño del esófago.—El Dr. *Walther* refirió, en nombre del doctor Guilliet, la observación de una niña de veintiún meses que había deglutido una moneda de 10 céntimos, á pesar de lo cual presentaba sólo síntomas ligeros de disfagia. El cateterismo esofágico no suministró dato alguno, pero la radiografía reveló la presencia de la moneda en la porción cervical del esófago siguiendo el plano frontal. Temiendo que las maniobras de extracción por las vías naturales ocasionaran la desgarradura del esófago, el doctor Guilliet se decidió á practicar la esofagotomía externa. La operación se practicó sin dificultad; la moneda fué extraída, la herida desaguada sencillamente sin suturar y la enferma curó perfectamente. El interés de este caso, añadió el Dr. Walther, se debe, sobre todo, á la tierna edad de la niña. Cree que debió intervenirse por las vías naturales, porque el accidente databa sólo de cuarenta y ocho horas y no era de temer que existieran ulceraciones esofágicas.

Extirpación abdominoperineal del recto cancerose. — El Dr. *Hartmann* leyó un informe sobre una enferma presentada por el Dr. Riche, y que había operado éste de un cáncer del recto situado á 16 centímetros por encima del ano. La operación se practicó por la vía abdominoperineal y se extirparon 37 centímetros del recto. La enferma curó, pero después de haber tenido supuración prolongada consecutiva á una desgarradura del recto producida durante las maniobras perineales. El Dr. Hartmann explica el por qué de esta desgarradura que atribuye á los fuertes tractus membranosos que unen la cara anterior del recto con la aponeurosis media.

Extracción de una cuchara alojada durante diez años en el estómago. — El Dr. *Cernay* (de Lion) presentó una cuchara de 22 centímetros y medio de larga, que había extraído del estómago de un hombre, donde permaneció por espacio de diez años. El enfermo se quejaba sólo desde hacía tres meses de algunos dolores gástricos. Radiografías sucesivas demostraron que la cuchara estaba colocada verticalmente en el estómago y que era móvil. El doctor Cernay practicó la gastrotomía y extrajo el cuerpo extraño sin dificultad. La mucosa gástrica no presentaba lesión alguna y el enfermo curó perfectamente.

Prolapso rectal total.—El Dr. *G. Marchant* presentó una mujer que había operado de prolapso rectal, que databa de cuatro años. En este caso, á causa del mal estado del periné, hizo seguir la rectocoxipepsia de la sutura de los músculos elevadores del ano, practicada á través de una incisión perineal. Esta incisión fué suturada después á lo Heinecke Mikulicz. El resultado nada dejó que desear; sólo queda el prolapso rectal; en cuanto al periné es saliente, fuerte y mide centímetro y medio próximamente.

Los Dres. Hartmann, Delbet y Potherat han empleado con frecuencia la sutura de los músculos elevadores del ano contra ciertos prolapsos genitales; están de acuerdo en alabar la solidez del periné restaurado así.

Prostatectomía perineal. — El Dr. *Hartmann* presentó una próstata gruesa extirpada por enucleación intraglandular en un enfermo que padecía retención de orina y fiebre. Este enfermo murió de accidentes cardíacos á los dos meses y medio de la operación. La autopsia probó que había ensanchamiento notable de la uretra en la región prostática.

El Dr. *Légueu* manifestó que este ensanchamiento es, por decirlo así, constante después de la prostatectomía, hasta el punto que conviene completar la operación por la resección de una parte de la pared uretral.

Retención completa de orina probablemente de origen medular.—El Dr. *Toubert* presentó un soldado joven que, sin antecedentes urinarios, presenta en la actualidad retención casi completa de orina; hace de ordinario sólo dos micciones al día, y para ello necesita colocarse como para defecar, vaciando así gota á gota y con gran trabajo la vejiga. Como no existe lesión local apreciable, el Dr. Toubert cree que la retención de orina depende probablemente de un estado patológico de la médula. Lo que justifica al parecer esta suposición es que los reflejos, en particular los tendinosos, están exagerados; sin embargo, no existe el menor trastorno de la sensibilidad ó de la movilidad. A causa de ciertos antecedentes personales y familiares del enfermo, supone el Dr. Toubert que se trata quizá de un mal de Pott incipiente.

El Dr. *Delbet* cree más bien que se trata de una tuberculosis meníngea.

El Dr. *Kirmisson* rechaza el diagnóstico de mal de Pott, porque no existe lesión alguna de la columna vertebral que conserva toda su flexibilidad sin dolor de ningún género.

El Dr. *Monod* supone que podría tratarse de un histérico.

El Dr. *Toubert* dice que este individuo no presenta síntoma histérico alguno. — (*La Presse Medical*).

(*Se suspenden las sesiones hasta el mes de octubre*).—CODINA CASTELLVÍ.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Continuación)

Manifestaciones llamadas parasifilíticas. — El Dr. LEREDDE: El profesor Fournier ha agrupado con el nombre de manifestaciones parasifilíticas, enfermedades que no se encuentran exclusivamente en los sifilíticos, cuyas lesiones difieren de las sifilíticas, y en las que no está indicado el tratamiento antisifilítico.

He declarado que la tabes y la parálisis general en particular se encuentran casi exclusivamente en los sifilíticos; que pueden ser producidas por afecciones ó intoxicaciones distintas de la sífilis sin dejar de ser sifilíticas; que no tenemos el derecho de afirmar que todas las lesiones sifilíticas estén conformes con el esquema clásico; por último, que se multiplican los hechos que prueban la acción eficaz del tratamiento mercurial en la tabes y en la parálisis general.

Creo, por lo tanto, que no debemos emplear la palabra afección parasifilí-

tica, y además, que la tabes y la parálisis general sifilíticas son curables por el tratamiento mercurial, á condición:

1.° De que el tratamiento se emplee á su debido tiempo, y yo añado que una suspensión en el desarrollo definitivo, á consecuencia del tratamiento, debe considerarse como curación.

2.° De que el tratamiento se emplee con la energía suficiente.

El tratamiento mercurial debe modificarse teniendo en cuenta la ley siguiente:

Un accidente cutáneo incurable por una cantidad de mercurio *A* puede curar por otra cantidad *A* más *a*; esta ley se aplica á las lesiones sifilíticas rebeldes del sistema nervioso. No debemos, por otra parte, tener en cuenta la estomatitis para fijar las dosis de mercurio porque este accidente depende del estado de la boca del enfermo.

Creo, para terminar, que la tabes, la parálisis general y otras manifestaciones llamadas parasifilíticas curan por el tratamiento mercurial á condición de elevar las dosis de mercurio, y de emplear procedimientos más enérgicos todavía que los empleados en las sifílides rebeldes de la piel.

El Dr. Pitres: La tabes senil es más frecuente de lo que suele suponerse. De 350 tabéticos que he observado 87 (ó sea el 25 por 100) tenían más de cincuenta años. Estos 87 enfermos deben dividirse en dos grupos, que comprenden: el primero 55 individuos en los que la tabes, después de haber principiado entre treinta y cincuenta años, se prolongó pasada esta edad; el segundo 32 casos en los que la tabes se desarrolló en individuos de más de cincuenta años.

Llamo la atención sobre estos casos de tabes senil tardía. Difieren, al parecer, de los de tabes ordinaria del adulto por varias particularidades, de las que las principales son las siguientes:

a) La tabes tardía sobreviene de ordinario en los sujetos cuyas arterias están muy incrustadas de depósitos ateromatosos.

b) La sífilis no es en estos casos tan frecuente como en los de tabes precoz. En mis observaciones existía en el 76 por 100 de los casos de tabes del adulto, en el 56 por 100 de los de tabes desarrollada entre los cincuenta y los sesenta y cinco años, y en el 33 por 100 principió después de esta edad.

c) Los síntomas de la tabes senil son los mismos que los de las tabes del adulto, pero su desarrollo es, al parecer, más rápido que en los tabéticos de edad; en estos últimos la enfermedad presenta, por decirlo así, desde luego, el conjunto de síntomas sensitivos y motores, en vez de tener, como es la regla en el adulto, una fase preatáxica prolongada en la que los fenómenos de incoordinación motora faltan.

Resulta, al parecer, de estas observaciones, que existe una variedad de tabes senil que se distingue de la ordinaria del adulto por su aparición tardía en individuos ateromatosos no sifilíticos y por la marcha relativamente rápida de sus síntomas.

El Dr. Teissier: Apoyo la opinión que acaba de emitir el Dr. Pitres, porque he observado los mismos hechos cuando estaba encargado de una Clínica en la que abundaban los atáxicos. He visto principiar la tabes en un caso á los setenta y tres años. Creo que además de la sífilis, las intoxicaciones, como el saturnismo, pueden provocar la tabes.

El Dr. Donnadieu-Lavit: Creo que esta enfermedad debe tratarse al principio por las inyecciones mercuriales y de un modo enérgico. Esta cura medicamentosa conviene que sea seguida de otra termal.

El Dr. Lemoine: En un paralítico general, de treinta años, sifilítico desde ocho años antes, inyecté benzoato de mercurio principiando por 2 centígramos *pro die*. He llegado poco á poco á la dosis de 4 á 5 centígramos. A los veinticinco días de este tratamiento quince de reposo, después empleo nuevo de la medicación y así sucesivamente. A los seis meses la mejoría era considerable; sólo quedaba algo de temblor de la lengua y desigualdad de las pupilas. Sobrevino una recaída. Volvió á emplearse el tratamiento mercurial intenso, y la curación persiste desde hace seis años.

He tratado así bastantes casos de parálisis general; he fracasado unas veces y triunfado otras. Fenómeno curioso, las recaídas no se observan en los casos recientes de marcha rápida.

Sea lo que quiera, estos resultados me han animado á emplear las inyecciones de benzoato de mercurio en la tabes. En la mayor parte de los casos no he obtenido resultado alguno; pero he conseguido mejorías y una curación completa. La resistencia al tratamiento es mayor que en la parálisis general; en ésta la acción curativa del mercurio se manifiesta del tercero al cuarto mes, mientras que en la tabes no se observa hasta el quinto ó sexto. He obtenido siempre la desaparición de los dolores después de la primera ó de la segunda serie de inyecciones. La mejoría, cuando se obtuvo, tardó más en presentarse. En las formas de marcha lenta el tratamiento fracasó.

Uno de mis discípulos obtuvo un éxito notable, quizá porque prescribió el mercurio á mayores dosis. Se trataba de un bailarín en el que los accidentes habían llegado á un grado tal que el enfermo no podía abandonar su asiento. Fué sometido á la inyección cotidiana de 8 centígramos de benzoato de mercurio, y soportó este tratamiento durante cincuenta y cuatro días sin presentar el menor signo de intoxicación mercurial. Hasta entonces no pudo sostenerse en pié. Se suspendió el tratamiento y después volvió á emplearse. Este hombre ha podido dedicarse de nuevo á su profesión de bailarín.

El benzoato de mercurio es soportado de un modo admirable: la inyección no es dolorosa, y sólo se nota la picadura de la aguja y algo de dureza. Jamás he visto presentarse un absceso.

Hago mías las conclusiones del Dr. Leredde. El término «afecciones parasifilíticas» es malo; conviene abandonarle, porque ha contribuído á que se olvide el tratamiento específico en afecciones en que está indicado.

Creo que hay parálisis generales y tabes no sifilíticas, y en su génesis se encuentra el trabajo excesivo, físico ó intelectual, los excesos en la mesa, el alcoholismo y el terreno artrítico.

El Dr. Lépine: ¿Es el todo la dosis de mercurio, como cree el Dr. Leredde, y no tiene importancia alguna la sal empleada? No lo creo. He obtenido con el biyoduro mejores resultados que con las demás preparaciones. Estas inyecciones son muy bien toleradas si se practica antes otra de cocaína. Es preciso contar también con las idiosincrasias. He visto, por ejemplo, una tabética, cuyos dolores sólo cedieron con las fricciones mercuriales, mientras que dosis de mercurio superiores á la absorbida por la fricción fueron ineficaces.

Creo que con un tratamiento mercurial bien empleado pueden obtenerse más curaciones que las que se creen en general.

El Dr. E. Cassaet: Cuando se estudia la acción que ejerce en la marcha de la parálisis general el tratamiento hidrargírico, llama la atención el ostracismo en que se le tiene y que, como se ha dicho, es infundado en la mayor parte de los casos. Hasta se ven muchos enfermos mejorar con este tratamiento á condición de emplearlo en los tiempos y á las dosis convenientes. Para conseguir buen resultado cuando hay ofuscaciones de la inteligencia, pérdida de la memoria y de las fuerzas, dilatación pupilar y gatismo inminente ó adquirido, es necesario que el esfuerzo sea proporcionado á la gravedad de la enfermedad.

El tratamiento mercurial debe emplearse con una energía desconocida hasta estos últimos años, y creo que, con dosis suficientes y eligiendo bien el medicamento, el médico puede conseguir contener la parálisis general y hasta curarla, en tales condiciones que la excepción hoy se convertirá probablemente en la regla.

El Dr. Leredde: Creo que en la elección de la sal que ha de emplearse el médico se guía por el hábito que tiene de manejar ésta ó aquella; la que da mejores resultados es la que se sabe manejar mejor.

El Dr. Henrijean: Todos los componentes mercuriales se absorben de la misma manera; el ácido de la sal sólo influye sobre la rapidez de la absorción. Una de las ventajas de la inyección de calomelanos es que con ella se obtiene la penetración constante del mercurio en la economía.

El Dr. Leredde: Creo, por el contrario, que con la inyección de calomelanos la absorción es más rápida al principio; así se explican la fiebre y los fenómenos algo misteriosos que se observan á consecuencia de estas inyecciones.

El Dr. Pitres: Cuando en 1882 el profesor Fournier aconsejó el tratamiento específico enérgico contra la tabes, los médicos lo aplicaron en forma de fricciones mercuriales y de dosis elevadas de yoduro, y vimos llegar al hospital tabéticos en un estado tan lamentable que creímos que el mejor servicio que podía hacerse á estos enfermos era suprimir la cura antisifilítica. El éxito lo probó. Estas exageraciones tardaron poco en ser abandonadas, y por mi parte he vuelto al mercurio. Después de haber ensayado diferentes preparaciones hidrargíricas empleo hoy exclusivamente el aceite biyodurado y gayacolado, porque la combinación de este último medicamento hace la inyección indolora. A pesar de esto, no he conseguido un gran número de curaciones. Es verdad que no he llegado á las dosis de mercurio indicadas por los oradores precedentes.

No puedo menos de pensar en los resultados obtenidos al principio por la suspensión, por las inyecciones de líquido orquítico, medios poco empleados hoy. ¿Sucederá lo mismo al método que acaba de aconsejarse? El tiempo es el encargado de decirlo. Por mi parte, ante la autoridad de los médicos que le aconsejan, pienso emplearlo, y dentro de un año sabremos á qué atenernos sobre este asunto.

El Dr. G. Ballet: Estoy completamente de acuerdo con el Dr. Pitres, sobre todo para condenar el uso del yoduro de potasio en estos casos. Como él, voy á ensayar el método que se ha recomendado, pero sin olvidar los pe-

ríodos de calma espontáneos que se observan en el transcurso de la parálisis general.

El Dr. Leredde: En los casos agudos he visto que la medicación es eficaz. Es indudablemente ineficaz contra las lesiones desarrolladas de modo que para juzgar su acción hay que contar menos los hechos negativos que los positivos.

El Dr. Faure: Indudablemente todas las tabes no son de origen sifilítico. No hay necesidad de invocar la sífilis en los ancianos para explicar la esclerosis de los cordones posteriores. El punto importante sería indicar clínicamente en qué casos debe emplearse el tratamiento mercurial.

El Dr. Gastou: Hay sífilis del cerebro que se diagnostican sin razón como parálisis generales; es un punto que no debe olvidarse cuando se habla de los resultados del tratamiento hidrargírico en la parálisis general. Por otra parte, la tolerancia para el mercurio no es una regla sin excepción, y no debe olvidarse que este modo de tratamiento cuenta con agravaciones en su pasivo. Parece que la idea del tratamiento específico hace olvidar más de lo necesario otros tratamientos que tienen, sin embargo, sus indicaciones.

El Dr. Lemoine: De esta discusión se deducen los puntos siguientes: el yoduro potásico se ha abandonado; los diversos tratamientos no cuentan con curaciones ciertas en su activo, el mercurio, empleado á dosis elevadas, ha producido quizá algunos resultados positivos; la sífilis no es el único factor de la parálisis general y de la tabes; estas afecciones pueden ser resultado de asociaciones análogas á las microbianas; el terreno fundamental es el artritismo; sobre él actúan el trabajo excesivo, el alcoholismo y, sobre todo, la sífilis. El papel preponderante de ésta indica, á mi juicio, que los buenos resultados que he obtenido recayeron en sifilíticos recientes en los que no existían trastornos intelectuales. La sífilis desempeña, por lo tanto, el papel patológico principal.

Investigaciones experimentales sobre la acción uteromotriz de algunas substancias inyectadas en el espacio subaracnoideo. — Los Dres. Aubert y Lafon: Como los experimentos anteriores nos habían demostrado que la cocaína inyectada por la vía raquidiana no ejerce acción alguna sobre la contractilidad interna, hemos experimentado otras substancias (agua salada, esterilizada, saturada de éter, disolución de clorhidrato de cocaína al centésimo).

Hemos hecho estas inyecciones en conejas siguiendo la técnica de costumbre, procurando determinar ante todo, el grado de tolerancia de los animales para cada una de estas substancias; hemos visto que el agua esterilizada, fría ó tibia y el agua salada al 25 por 100, aunque determinan trastornos pasajeros, como dolores fuertes, movimientos desordenados, á veces hasta convulsiones, en nada alteran el estado general. Al contrario, la disolución saturada de éter, bien tolerada á la dosis de $^1/_4$ de centímetro cúbico, provocó con una dosis de un centímetro cúbico, parálisis persistente del cuarto posterior y la muerte al quinto día. La inyección de clorhidrato de quinina á la dosis de 10 y de 5 milígramos, fué seguida de muerte; el mismo resultado con la inyección de 3 milígramos. En otras conejas se inyectaron 3 y hasta 4 milígramos de esta substancia sin producir más trastornos que paraplegia pasajera. En dos casos de muerte (uno por inyección de éter y otro de quinina) hicimos cortes de la médula; descubrimos escle-

rosis medular difusa, que interesaba sobre todo los cordones posteriores y la substancia gris. Las grandes células motoras de las astas anteriores, estaban atrofiadas y habían desaparecido en parte.

Muchos de estos experimentos hechos en conejas preñadas en diferentes épocas de la gestación, jamás provocaron el parto prematuro. Resulta de estos experimentos :

1.° Las inyecciones subaracnoideas de agua salada, esterilizada ó saturada de éter, la disolución de quinina al 1 por 100, ejercen una acción uterómotriz muy debil, nula probablemente, incapaz de determinar la expulsión prematura del producto.

2.° Las inyecciones intrarraquidianas de quinina son peligrosas y no deben, por lo tanto, practicarse en el hombre más que con gran precaución.

El Dr. Hallion : En los experimentos que he practicado en unión del doctor Tuffier, he visto que la cocaína inyectada en el espacio subaracnoideo contrae las fibras lisas de los vasos en las redes infradiafragmáticas, y que las fibras uterinas se comportan de otro modo que las vasculares. He observado lo mismo que el Dr. Audebert, la acción motriz de las disoluciones hipertónicas sobre la médula y la inocuidad de las disoluciones isotónicas de cloruro de sodio.

Investigaciones experimentales sobre la acción terapéutica de la levadura de cerveza.—Los Dres. Hallion y Carrion : Hemos hecho experimentos en los animales para resolver ciertos problemas relativos á la acción terapéutica de la levadura de cerveza.

Nuestros resultados más típicos son los siguientes :

1.° La levadura de cerveza ejerce sobre la toxina diftérica una acción neutralizada directa de las más enérgicas.

2.° La levadura de cerveza, fresca ó seca, no sólo queda viva, sino que fermenta de una manera activa en el jugo gástrico, aun hiperácido. Vive y fermenta también en un asa intestinal, en el animal vivo. Por consiguiente, ingerida por la boca, vive en el intestino.

De estos hechos pueden sacarse deducciones sobre la eficacia terapéutica de la levadura de cerveza.

1.° Creemos indicados los toques con levadura sobre las falsas membranas diftéricas accesibles ; ¿no neutralizará la levadura por sus secreciones especiales la toxina diftérica á medida que se produzca?

2.° La levadura, al vivir en el conducto gastrointestinal, obra probablemente en él de dos maneras: de una parte, en virtud de la lucha por la existencia, oponiéndose al desarrollo de los gérmenes nocivos ; de otra, destruyendo ciertas toxinas de igual manera que la diftérica.

3.° Por esta razón, sin duda, la levadura contiene las diarreas (Thiercelin, Chevrey). Probablemente obra por este mecanismo sobre la furunculosis, el acné, afecciones que muchas veces son causadas, favorecidas ó agravadas por fermentaciones digestivas viciosas y por la autointoxicación consecutiva.

Estas mismas consideraciones se aplican al kefir que contiene, entre sus fermentos, una levadura de secreciones ácidas, como la levadura de cerveza.

Lesiones y tratamiento de la diarrea crónica de Cochinchina. — El Dr. Berthier : La diarrea crónica de Cochinchina, distinta de la disentería, es una

enteritis catarral mucosa. Su criterio anatómico más aparente sería una capa de moco muy adherente que cubre la superficie de todo el intestino grueso y de parte del delgado. Esta lesión explica la falta de absorción intestinal y la atrepsia: los alimentos que llegan á dicha porción del intestino se deslizan sobre esta superficie viscosa como sobre una masa de aceite y no pueden ser absorbidos.

El moco es segregado por las glándulas de Lieberkhün, que están rarificadas, desviadas, tapizadas de células epiteliales cilíndricas en estado de degeneración, en las que se hallan incluídas bolas de moco. La luz de las glándulas la ocupan estrías de moco que se continúan con la capa viscosa de la superficie y mantienen la adherencia. Los espacios interglandulares, muy engrosados, están infiltrados de células embrionarias. El tratamiento patógeno consiste en limpiar el intestino de la capa de moco, para lo que son de gran utilidad los líquidos alcalinos.

Pronóstico de ciertas enfermedades generales según algunas de sus manifestaciones oculares.—El Dr. Micas: En un gran número de enfermedades generales sobrevienen trastornos oculares, unas veces accidentales, otras, por el contrario, dependientes de la enfermedad general, de la que son un síntoma ó una complicación. Los trastornos oculares de este segundo grupo pueden servir para establecer el pronóstico de la enfermedad general.

Las úlceras de la córnea, la queratomalacia, la amaurosis repentina de la convalecencia, la hemeralopia del principio, son signos funestos en el sarampión; la exoftalmía bilateral y la queratomalacia en la viruela, la ceguera repentina en la tos ferina, agravan el pronóstico de estas dos enfermedades; la desaparición de los trastornos oculares en el botulismo, hace presagiar la terminación de la enfermedad; el ptosis doble que va acompañado de parálisis del óculomotor externo y de afasia, suele ser seguido de muerte cuando sobreviene en el curso de una fiebre tifoidea. En el cólera, los equimosis subconjuntivales, las placas negruzcas en la esclerótica, hacen presagiar el desenlace funesto, igual que la falta de reacción de las pupilas, mientras que la curación es probable si las pupilas reaccionan bien. Los trastornos oculares de la sífilis, hasta la iritis, deben hacer sospechar una enfermedad grave con localización en las meninges ó en la médula. La aparición de una retinitis ó de una catarata diabética, es de mal augurio; á las variaciones de la amplitud de acomodación siguen las de la glicosuria. Cuando sobreviene una retinitis en el curso de la enfermedad de Bright, es de temer la muerte más ó menos rápida. La desigualdad pupilar con midriasis mucho más marcada en el lado de la lesión, que principia con los primeros síntomas de la neumonía, persiste mientras dura la enfermedad y hasta cierto tiempo después de la convalecencia, es un síntoma que hace presagiar la curación de la neumonía, mientras que una diferencia pupilar mínima ó pasajera es de pronóstico funesto. Si se observa en ancianos, cuyas vías lagrimales están sanas, úlceras atónicas de la córnea que se infectan con facilidad, se desarrollan sin causa aparente, es preciso ser reservados respecto al porvenir del enfermo.

Abscesos de fijación. — El Dr. Arnozan: En mi Clínica del Hospital de San Andrés, de Burdeos, he practicado cierto número de inyecciones de aceite esencial de trementina para provocar abscesos de fijación según el

método del profesor Fochier. La proporción de éxitos que he obtenido es poco elevada, pero debe tenerse en cuenta que sólo he aplicado el tratamiento á los enfermos cuyo pronóstico me parecía gravísimo y cuya afección era refractaria á los tratamientos clásicos.

En 13 bronconeumonías, tres de ellas gravísimas, he obtenido 8 curaciones. En 10 fiebres tifoideas complicadas con bronconeumonías, accidentes puerperales, etc., he consegnido 6 curaciones, algunas inesperadas. Creo, por lo tanto, que la inyección de esencia de trementina es un recurso importantísimo que el práctico no debe olvidar; es, además, como dice el doctor Fochier, un medio excelente de pronóstico, porque la curación se obtiene casi siempre cuando se produce en el sitio de la inyección una reacción inflamatoria franca y rápida.

El modo de acción de este tratamiento es muy obscuro. Me he preguntado si el pus de estos abscesos sería para los venenos una vía de eliminación, y para principiar por un veneno fácil de descubrir, ensayé primero el arsénico. Hice tomar todos los días á los conejos dosis de cacodilato de sosa, y además, les hice una inyección de trementina. Cuando los animales murieron ó fueron sacrificados, se encontró en el pus de los abscesos una cantidad de arsénico mucho mayor que en el hígado. El arsénico se elimina, por lo tanto, por la vía de los abscesos, y quizá suceda lo mismo con otros venenos. Por desgracia, no es posible generalizar; el cobre no sigue la misma vía, y según Carles, mi interno, autor de todos estos experimentos, no se encuentran más que cantidades insignificantes de este metal en el pus de los abscesos de fijación. — (*Le Bulletin Medical*). — F. Toledo.

(*Concluirá*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 25 *de Junio de* 1902.

Lesiones cardíacas congénitas en personas de una misma familia.—El doctor De la Camp: Aquí presento seis hermanos, dos hembras y cuatro varones, que presentan todos las mismas lesiones cardíacas, aunque son más acentuadas en las niñas que en los niños. El corazón está ensanchado á la derecha, y á la izquierda con toda claridad y se oye y percibe por el tacto un extremecimiento sistólico. Al lado izqnierdo del esternón se aprecia la existencia de una macicez en forma de faja, á la cual corresponde en la imagen radiográfica una sombra bien manifiesta y que se ve claramente latir.

Estos niños, fuera del sarampión, no han pasado ninguna otra enfermedad, y tampoco hay ningún motivo para sospechar que han padecido alguna vez de endocarditis. Más bien se trata seguramente de que persiste permeable el conducto arterioso.

En otra discusión ya se ha insistido muy particularmente en que el raquitismo desempeña cierto papel en el desarrollo de estas lesiones cardíacas. En los niños, que ya de por sí están débiles, el raquitismo retarda más aún la obliteración del conducto arterioso.

Hay que hacer constar, además, que de los hermanos aquí presentados, las dos niñas padecen convulsiones epileptiformes; la de más edad (diecisiete años) tiene una tisis grave y uno de los muchachos se halla tan retrasado en su desarrollo intelectual, que está casi idiota. El padre de estos niños falleció á consecuencia de un accidente fortuito y no se sabe si padecía del corazón; la madre está sana.

El Dr. Zuni: Hace ya mucho tiempo que vengo observando á la mayor de las hermanas, y estoy conforme con el diagnóstico del preopinante.

Acción de los cuerpos albuminoideos sobre la coagulación de la sangre. — El Dr. Brat: La acción de la peptona sobre la sangre consiste, como ya es sabido desde hace mucho tiempo, en hacerle perder su propiedad de coagularse; los glóbulos rojos descienden al fondo y el plasma queda líquido; á veces también se coagula la sangre de un modo uniforme, sin que se separe posteriormente una costra, como sucede en la sangre normal. De mis experimentos resulta que la antipeptona, la tripeptona y la somatosa, no son capaces de anular la acción de la peptona. De igual manera que esta última, obran también, según lo han demostrado experimentos ulteriores, la gelatina y los medios que se han ideado para reemplazarla, como la gelatosa y el gluton.

Ahora bien, si la gelatina, ó en su caso la gelatosa, alargan el tiempo que tarda en verificarse la coagulación, parece muy dudoso que esté justificado su empleo como hemostático para producir trombos, y más bien parece que hay en esto una contradicción. Con el objeto de explicar esto, recordaré lo siguiente:

Ha demostrado Biernacki que la sedimentación de los glóbulos rojos está subordinada á la proporción de fibrina del plasma; cuanto mayor sea esta proporción, más de prisa se precipitan los glóbulos. En la sangre tratada con peptona también aumenta la proporción de fibrina del plasma. La precipitación de los glóbulos no se efectúa de un modo uniforme, sino que se apelotonan en montoncitos, como lo demuestra la observación directa en el tubo de reactivo, á cuya pared se aglutinan capas delgadas de esos glóbulos aglutinados, y lo mismo se ve en el porta-objetos. También he podido provocar esta propiedad aglutinante añadiendo á la sangre plasma del mismo animal; en cambio, no se consigue el mismo efecto añadiendo suero. De estos hechos deduzco que hay alteraciones químicas de los glóbulos rojos que determinan este fenómeno físico de la aglutinación.

Está demostrado que la proporción de globulina que contiene el plasma, y especialmente la de fibrinógeno, aumenta la aglutinación; según esto, en la sangre tratada con peptona ó con gelatina, debe aumentar la proporción de globulina del plasma. Alejandro Schmidt ha demostrado que la citoglobulina, uno de los principios celulares de los glóbulos rojos, es capaz de aumentar el tiempo que dura la coagulación, lo mismo que la cantidad de fibrinógeno del plasma. Así se explica la aparente contradicción de que los cuerpos mencionados alarguen el tiempo que dura la coagulación, y sin embargo, puedan ser utilizados en terapéutica para la formación de trombos, ó en su caso, de costras fibrinosas.

En el animal vivo se encuentra también, después de la lesión de la túnica interna de la carótida, una formación más considerable de trombus cuando

ha sido inyectado el animal que no en el caso contrario. Después de ligar el vaso sin haber herido la túnica interna, sólo en el animal inyectado se ha formado un trombo por encima del punto ligado. Como el coágulo que se forma después de inyectados cuerpos albuminoideos tiene la propiedad de no retraerse, se da con ello una condición por virtud de la cual estos trombos se pueden organizar á partir del endotelio de la pared vascular, al que están íntimamente adheridos.

Peritonitis difusa aguda consecutiva á apendicitis. — El Dr. Karewski: Las adherencias en las inmediaciones del apéndice vermiforme enfermo que se consideran como un mecanismo de defensa del organismo, permanecen generalmente limitadas á las partes inmediatas y conservan un carácter local. Sin embargo, en ocasiones adquieren mayor extensión, y aunque esta peritonitis general adhesiva es un hecho raro, conviene saber que es peligrosísimo. Se producen adherencias recíprocas de las vísceras abdominales con flexión en ángulo de los órganos huecos y anulación total de la cavidad del peritoneo, ó bien se forman falsas membranas muy gruesas con infiltración del epiplón y del mesenterio, produciéndose de ese modo pseudotumores que, antes de la laparotomía, apenas se pueden distinguir de los tumores propiamente dichos.

Los fenómenos clínicos de la peritonitis adhesiva consisten principalmente en trastornos en la permeabilidad del intestino, la cual está dificultada por la existencia de adherencias y de flexiones angulares, originándose de esa manera el cuadro del íleo crónico ó subagudo, ó bien es dominado el cuadro clínico por trastornos de la vejiga, la cual sufre tracciones á causa de las adherencias.

Como consecuencia de una peritiflitis aguda, se puede desarrollar de un modo más ó menos paulatino el cuadro sintomático de la peritonitis adhesiva, pero no siempre es posible descubrir desde el primer momento la relación etiológica. La peritiflitis puede sustraerse á la observación ó quedar sin diagnosticar, y sólo al cabo de algunos años es cuando dan origen á trastornos las adherencias que han ido aumentando en extensión con mucha lentitud.

En el curso de los últimos diez años he observado 13 casos de peritonitis adhesiva, á saber:

a) Tres casos de obliteración total de la cavidad del peritoneo sin formación de falsas membranas y como consecuencia de una peritonitis general por perforación que no había sido operada. En dos casos se estableció un ano preternatural, pero sin resultado. Estos tres enfermos sucumbieron en muy poco tiempo.

b) Cuatro casos de apendicitis, que por de pronto parecían seguir una marcha favorable, por cuanto después de evacuado el absceso local, parecía haberse detenido el proceso morboso. De estos casos falleció uno. En los otros tres encontré al practicar la operación adherencias tan extensas de la cavidad peritoneal, que me parece justificado hablar de una peritonitis general adhesiva.

c) Dos casos de etiología obscura. Un muchacho que cayó enfermo con todo el cuadro de una peritonitis tuberculosa; en la operación no se halló nada de tuberculosis, sino únicamente una peritonitis adhesiva, en la que

las adherencias se presentaban más pronunciadas alrededor del apéndice enfermo. Una muchacha venía padeciendo hace mucho tiempo de trastornos vesicales, cuyo origen costó mucho trabajo esclarecer. El muchacho se murió; la joven sanó.

d) Dos casos de fístulas de muy antigua fecha. Ambos fueron operados y los dos se murieron.

Resulta, por lo tanto, que de estos once casos, cuatro se curaron, no obstante haber motivo para interpretarlos como difusos. Además, hay otros dos casos con pseudotumores, cuyo punto de partida se vió durante la operación que era el apéndice vermiforme. Ambos curaron después de extirpado el apéndice. Según esto, hay dos clases de peritonitis difusa y adhesiva: una empieza con infección general del peritoneo, sin que se presente supuración, sino tan sólo una exudación fibrinoplástica; en la otra se trata de una supuración circunscrita, con peritonitis progresiva fibrinoplástica, que se va propagando paulatinamente.

El medio más seguro de prevenir el desarrollo de adherencias, consiste en no aguardar demasiado tiempo después que haya pasado el ataque, para que las adherencias que existen en las inmediaciones del apéndice estén todavía lo más blandas posibles. Tan pronto como esté dominada la supuración, se extirpa el apéndice.

Si los trastornos en la permeabilidad del intestino han sido producidos por adherencias, se debe practicar la extirpación del apéndice, sean cualesquiera las circunstancias del caso; con una entero-anastomosis se remedian tan mal los fenómenos de íleo como con el establecimiento de un ano preternatural.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 11 *de Abril de* 1902.

Hemorragias puerperales y su tratamiento.—El Dr. *Henkel* habla de las hemorragias consecutivas atónicas y de las que dependen de una disminución de la coagulabilidad de la sangre, como se observa á menudo después de continuas pérdidas de sangre durante el embarazo. Para el tratamiento de estas atonías del segmento inferior, Henkel recomienda el taponamiento hecho de tal manera, que se introduce una tira de gasa sólo en el campo del segmento inferior sin apretar, dislocando el útero hacia arriba, anteflexionándolo fuertemente y luego aplica un sólido vendaje de compresión alrededor del vientre, elevando simultáneamente las nalgas. De este modo se obtiene una compresión constante del útero de delante hacia atrás, no puede volver á la pelvis menor ejerciendo una contrapresión de atrás la parte inferior de los lomos ó la superior del sacro. En las mujeres muy gordas con los tegumentos abdominales muy gruesos, la aplicación de esta especie de vendaje compresivo y de fijación encuentra obstáculos. Para prevenir las hemorragias consecutivas atónicas, frecuentes después de partos de gemelos, Henkel recomienda la evacuación lenta del útero. Después de la salida del

primer gemelo, quedando intacta la bolsa del segundo, se aguarda media hora; si el feto se halla en presentación de cabeza, se rompe la bolsa y al mismo tiempo se administra ergotina ó cornezuelo á la parida. Si el segundo feto se halla en presentación transversal, se hace la versión sobre un pié y luego se da la ergotina. En uno y otro caso, el parto del segundo debe resultar más espontáneo; después del mismo se propina otra dosis de ergotina y se observa con atención el período consecutivo del parto. En las hemorragias atónicas que en muchas mujeres se presentan con regularidad después de cada parto, sin causa conocida, se administra cornezuelo en el momento de sobrevenir las contracciones expulsivas. También en estos casos hay que dedicar una atención especial al alumbramiento.

Durante el parto con pelvis estrecha se observan á veces hemorragias atónicas debidas en parte al excesivo cansancio del útero y á la rápida evacuación del mismo; generalmente bastan el amasamiento y las irrigaciones calientes. Las anestesias profundas y prolongadas con mucho gasto de cloroformo, predisponen también para hemorragias atónicas. En estos casos hay que tener en cuenta que el efecto analgésico del cloroformo dura más que el anestésico, de modo que puede abreviarse la cloroformización. Si la expresión de la placenta causa dificultades porque las mujeres ponen tirantes las paredes abdominales, se recomienda ejecutar la manipulación de Credé á beneficio del cloroformo, aplicando de repente la mascarilla empapada abundantemente á la boca y nariz de la recién parida. Este procedimiento tiene también la ventaja de que cuando hubo gran pérdida de sangre se puede inmediatamente dar algún líquido por la boca, porque no hay propensión á vómitos. Cuando la expresión de la placenta causa dificultades especiales por adherencia anormal, no puede prescindirse de la anestesia profunda.

Las hemorragias por desgarros cervicales han sido tratadas en seis casos apretando las arterias uterinas con pinzas de Muzeux. La técnica de la aplicación consiste en atraer el útero fuertemente hacia abajo y á un lado; entonces se aplica la pinza á la base de un ligamento y luego se procede de la misma manera del otro lado. Conviene aplicar las pinzas muy arriba y de tal modo, que casi en ángulo recto al cuello cojan todavía parte del músculo para que la uterina resulte comprimida con seguridad. El efecto de las pinzas es el de la ligadura en masa, es decir, que no se produce necrosis del tejido. Tampoco se han observado lesiones de la vejiga y de los uréteres. Las pinzas permanecen aplicadas por doce ó veinte horas; una compresión completa de los uréteres no provocaría fenómenos clínicos graves en tan poco tiempo. Este procedimiento tiene sobre el taponamiento la ventaja de la rapidez y de mejor asepsis; el tratamiento abierto garantiza mejor el curso apirético, porque la secreción loquial tiene la salida libre. Una vez Henkel empleó las pinzas de Muzeux con pronto éxito en la atonía grave. Naturalmente, antes de aplicar las pinzas debe ponerse el campo operatorio completamente á descubierto por la introducción de grandes espéculos.

Albuminuria y embarazo. Contribución á la fisiología de la preñez.—El doctor *J. Veit* hace constar que durante el embarazo células ó partes de células de la periferia ovular penetran en la corriente sanguínea de la madre más ó menos continuamente. Además de las consecuencias anatómicas de este fenó-

meno, tienen interés los procesos biológicos que resultan del hecho que estos elementos extraños entran en la sangre, y en la Clínica de Veit se han verificado varios experimentos sobre estas consecuencias, en vista de la teoría de la inmunidad y de la hemolisis. Resultó, entre otras cosas, que siempre que penetren partes de placenta en la cavidad peritoneal de conejos, se produce albuminuria que ha de considerarse como tóxica, puesto que también otros cuerpos produjeron el mismo efecto. Las tentativas de prevenir la albuminuria por inmunización de los conejos no dieron siempre buen resultado. Importante es la cuestión de saber si la afección renal de las embarazadas se produce de una manera análoga que la albuminuria experimental. Sabido es que en la eclampsia se encuentra sincitio en el pulmón, como también que la hidátide, en la cual muchas veces penetran en la sangre vellosidades enteras, puede acompañarse de albuminuria. El desprendimiento prematuro de la placenta en situación normal puede explicarse también por la entrada de vellosidades en las venas de la basal; también en estos casos se observa albuminuria. Pero para la decisión de la cuestión si también los casos simples de riñón de embarazo tienen igual etiología, tienen importancia otras investigaciones. Así, por ejemplo, el Dr. Wychgel encontró en el pigmento de las embarazadas hierro, y asimismo en la orina, en cantidad mayor que normalmente. Esto naturalmente indica la procedencia de hemosferina, y como la formación de cuerpos inmunizadores se explica tan sólo por un aumento de eliminación de cadenas laterales, asimismo la exagerada eliminación de hierro indica un aumento de destrucción de hemosferina, y ésta la formación de antitoxina contra células invasoras.

La investigación del suero demostró la presencia de hemosferinuria, fenómeno transitorio excepcional durante el embarazo y algo más frecuente durante el parto. También esto indica la formación de una antitoxina ó, mejor dicho, citotoxina por las células invasoras. Cuanto más fenómenos encontremos durante el embarazo como consecuencias biológicas de la invasión de células, tanto más cierta resulta la conclusión de que el llamado riñón de embarazo concuerda etiológicamente con la albuminuria experimental, esto es, que depende de la invasión de células procedentes de la periferia ovular.

En cuanto á la terapéutica, ábrense dos caminos: el descubrimiento de un suero inmunizador producido artificialmente por la inyección de placenta, verbigracia, en caballos, ó bien una organoterapia, administrando uno de los órganos que obran antitóxicamente sobre el suero. Todavía no es posible decir prácticamente cuál de estas dos vías da resultados seguros.

En la discusión, el Dr. *Gottschalk* hace constar que él mismo hace nueve años sentó primero la teoría de que una porción de los casos de riñón de embarazo depende de transportación embólica de células placentarias sincíticas. Se apoyaba en sus investigaciones propias sobre el desarrollo de la placenta humana, en los cuales había encontrado tantas veces libres en las vías circulatorias de la madre elementos sincíticos arrastrados por la corriente sanguínea venosa. Más tarde, en los congresos de ginecólogos (Viena, 1895 y Leipzig, 1897) dió dos conferencias, tratando de la eclampsia y de la desimplantación precoz de la placenta de asiento normal, alegando nuevos fundamentos para su teoría. En los últimos casos descubrió extensas necro-

sis de tejido en la placenta y extensa obstrucción de numerosos vasos placentarios. Por estas alteraciones explicaba tanto la desimplantación prematura, como también los fenómenos concomitantes del riñón de embarazo en oposición á las opiniones corrientes. Los trastornos de la función renal serían provocados, de un lado por los repentinos aumentos de la presión sanguínea debidos á la progresiva obstrucción de numerosos vasos placentarios, pero sobre todo por la invasión en la circulación matèrna de tejido placentario necrosado ó en vías de necrosis. En la sangre, los cuerpos albuminosos celulares procedentes de la placenta se descomponen eliminándose la mayor parte de los productos de descomposición por los riñones, cuyos delicados epitelios irritan, de modo que dejen pasar albúmina, y hasta puede resultar la formación de cilindros hialinos granulados. Estos fenómenos consecutivos pueden considerarse como expresión de una intoxicación fermentativa en el sentido de Alejandro Schmidt. Gottschalk expresa su satisfacción de que su teoría haya recibido un apoyo tan esencial por las investigaciones del Dr. Veit.

El Dr. *Roberto Meyer* pregunta si se sabe algo sobre la procedencia de los sincitios en la corriente sanguínea, á los cuales atribuye un efecto tóxico específico.

El Dr. *Carlos Ruge* no cree aceptables en toda su extensión las conclusiones del Dr. Veit, en vista de la frecuencia de la transición de la masa sincítica en la circulación materna.

El Dr. *Koblanck*, fundándose en su propia experiencia, desaconseja las inyecciones de yodotirina como regla general, desentendiéndose de otros métodos de tratamiento de la eclampsia.

El Dr. *Veit* replica que le satisface la confirmación de sus opiniones por parte del Dr. Ruge, pero las vellosidades no penetran en el sistema vascular sanguíneo á consecuencia de una tendencia destructiva, sino porque el torrente sanguíneo las arrastra. Por la desimplantación prematura de la placenta, se explica la albuminuria, al menos en algunos casos. La investigación anatómica ha de demostrar las alteraciones uterinas predisponentes á la invasión repentina de cantidades excesivas de placenta, que no pueden ser vencidas por las citotoxinas.

El concepto del Dr. Gottschalk, aunque solamente hipotético, es también un apoyo aunque no se acepte la intoxicación fermentativa. Los buenos resultados del tratamiento con la yodotirina se explican tal vez por la antitoxina. Lange encontró atrofiada la tiroides en la nefritis de embarazo. La eclampsia se observa casi exclusivamente en las primíparas, porque después del primer embarazo queda en el cuerpo una antitoxina que lo proteje contra la invasión posterior de partículas de vellosidades del corion.

(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

El cloruro de calcio en las metrorragias.—Según el Dr. Gross, el doctor Wright recomendó en 1891 el cloruro cálcico como hemostático, sin tener por entonces gran acogida esta recomendación. Ahora bien, de las investigaciones realizadas estos últimos años por varios autores franceses, resulta que aumenta la coagulabilidad de la sangre y es además vasoconstrictor.

Se puede usar al interior ó en forma de enemas. En el primer caso se prescribe la siguiente fórmula :

Cloruro cálcico	4 gramos.
Jarabe simple	30 —
Agua	90 —

Disuélvase y mézclese. Para tomar una cucharada grande cada dos horas.

Cuando se administra por la vía rectal se prescribe en la forma siguiente:

Cloruro cálcico	10 gramos.
Agua	200 —

Disuélvase.

El cloruro cálcico se ha empleado con éxito en la hemófilia, en las hemorragias gástricas, pulmonares y renales, en las epistaxis, en la viruela hemorrágica, y en la púrpura y el escorbuto.

El autor publica cinco casos de metrorragia en que empleó el medicamento con buen resultado, que se sostiene desde hace varios meses. En uno de ellos se trata de un cáncer uterino inoperable; en los otros cuatro, de hemorragias crónicas, en metritis y endometritis.

(*Revue med. de l'Est.*).—R. del Valle.

Tratamiento de la incontinencia nocturna de orina.— El Dr. G. Baudrand ha empleado con éxito el *Rhus aromatica* en una joven de dieciséis años que padecía incontinencia urinaria desde su infancia. Muchas veces no se orinaba en la cama en ocho días, pero la incontinencia se reproducía á pesar de todos los tratamientos empleados. La joven referida, de buena salud, no era nerviosa ni de antecedentes artríticos. El Dr. Baudrand administró el extracto flúido de *Rhus aromatica* durante cuarenta días consecutivos, á la dosis de 30 gotas diarias en tres dosis. Durante el tratamiento no hubo incontinencia, ni aun atenuada, y veinte días después de cesar el uso del *Rhus*, continuaba la mejoría, lo que hace suponer que la enferma estaba curada.

(*Journal de med. et de chirurgie pratiques*).—F. Toledo.

INDICE DEL TOMO LVI

Ablación total del estómago.. 222
Aborto (Perforación de la vagina y del seno de Douglas en una tentativa de) 151
— tubario (Hemorragia interna en el) 237
Absceso cerebral con síndrome de Weber (Un caso de) 135
— metastásico del pulmón (Trombosis otítica del seno y de la yugular complicada con)..... 77
— reumático. 301
Abscesos de fijación..... 469
Accidentes del trabajo..... 227
Acción úteromotriz de algunas substancias inyectadas en el espacio subaracnoideo..... 467
Aceite de ricino (Emulsión de). 399
— hiperyodado en terapéutica ocular..... 325
Acetonuria infantil..... 59
Acido bórico (Intoxicación por el). 11
— clorhídrico (Tratamiento de la diarrea crónica por el)..... 14
— úrico (Investigaciones sobre la solubilidad del).... 229
Adolescencia (Coxa vara de la) 151
Adrenalina en la hemorragia intestinal de la fiebre tifoidea..... 120
Afaxia y monoplegia faciobraquial derecha..... 22
Afecciones nerviosas (El agotamiento de los reflejos tendinosos y la significación diagnóstica de este síntoma en las)... 160
Aforismos sobre la higiene de la primera infancia..... 50
Agotamiento de los reflejos tendinosos y la significación de este síntoma en las afecciones nerviosas..... .. 160
Agua oxigenada (Tratamiento de la disentería por el)..... 12
Aguas potables (deben ó no ser descubiertos los depósitos de). 377
— sulfurosas y unciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis. 39
Alava (Estadística demográfica sanitaria de la provincia de). 412
Albuminuria (Aplicación de los sueros precipitantes al estudio de la).. 270
— de origen rinofaríngeo curada por la ducha de Weber. 152
— y embarazo..... 474
Alcohol (Paso al líquido amniótico del)..... 154
Alcoholismo en Asturias. ... 51
Alepo (El botón de)..... .. 85
Alopecia congénita..... 28
Altitudes (Bacterias de las grandes)..... 418
Alumbramiento (Tratamiento de las hemorragias del)..... 441
Amígdala faríngea (Inflamaciones agudas de la).. 193
Amputación espontánea del útero consecutiva á la torsión completa por fibroma..... 64
Anatomía sistemática y terapéutica de las posiciones del útero. 392
Anestesia (Aparato para la). 26
— general por el cloruro de etilo (Nuevo procedimiento de)..... 146
Anginas (Tratamiento por la hipnopirina de las)..... 190
Anilina (Intoxicación por el calzado teñido de). 228

Ano (Anomalías de desarrollo del) 155
Anquilosis óseas (Interposición muscular en el tratamiento de las) 151, 187
Anuria calculosa 25
Aortitis abdominal 439
Apendicitis gangrenosa 25
— y anexitis 64
— (Papel de la intoxicación en los accidentes mortales de la) 306
— (Tratamiento de la) 352
— (Necesidad de extirpar el apéndice en la) 358
— (Peritonitis aguda consecutiva á) 472
Arterioesclerosis (Tratamiento por el suero yodurado de la) 200
Artritis supurada del pulgar 188
Arrhénal (Tratamiento de la jaqueca por el) 189
Aspirina y dializado de digital. 192
Asturias (El alcoholismo en) 51
Atrepsia aguda de Parrot (Consideraciones clínicas sobre la) 179
Atrofia idiopática y extensa del cutis 236
— muscular progresiva y parálisis bulbar 342
Axila (Extirpación de un linfoma sarcomatoso de la) 276
Azúcar como dinamógeno, como alimento y como sustituto del alcohol (Valía del) 417
Babinski (Algo acerca del síntoma de) 213
Bacillus ovisepticus 418
Bacterias de las grandes altitudes 418
Baleares (Demografía dinámica de las Islas) 374
Bazo (Relaciones entre la estructura y la función del) 315
Bebidas y alimentos (Reconocimiento de) 51
— espirituosas 146
Blenorragia aguda (La sangre en la) 279
— — (Tratamiento de la). 359
Botón de Alep (El) 85
Broches de Michel en Cirugía abdominal 262
Bronconeumonía de los ganados 418
— (Enfisema subcutáneo en la) 313
Bronquitis crónica (Tratamiento de la) 319
Broncoscopia por cuerpo extraño (dos nuevos casos de) 172
Cadera (Dislocación congénita de la) 36
Cálculo calizo en una glándula de Meibomio 98
— vesical formado alrededor de una horquilla 198
— — extraído por la talla suprapubiana 357
Cálculos biliares (Dos casos de obstrucción intestinal por) 427
— (Extracción por la vía perineal) 152
Calzado teñido de anilina (Intoxicación por el) 228
Cáncer extenso de las fauces . 227
— (Origen parasitario del). 228
— (Relaciones entre la úlcera gástrica y el) 232
Cancroide serpiginoso 80
Cápsulas suprarrenales (Tratamiento de la enfermedad de Adisson por las inyecciones de extracto de) 190
Cardíacos (Valor de las mezclas anestésicas en los) 425
Cardio-aórtica (Nuevo estudio referente á la sífilis) 401
Catarata (Luxación de una). 138, 217
— zonular 327
Cauda equina (Un caso de tumor de la) 136
Cefaleas (Tratamiento por la hipnopirina de las) 190
Cianosis congénita 310
Ciática (Tratamiento por el suero yodurado de la) 200
Cirugía abdominal (Los broches de Michel en) 262
— de la trombosis sinusal auricular 166
— hepática (Tres sorpresas de la) 281
Cloruro de calcio en las metrorragias 477
— de etilo (Nuevo procedimiento de anestesia general por el) 146
— de sodio en los tejidos y líquidos en la neumonía (Proporción de) 430
Coagulación de la sangre (Acción de los cuerpos albuminoides sobre la) 471
Cochinchina (Lesiones y trata-

miento de la diarrea crónica de) 468
Colirios (La asepsia de los)... 329
Colonia del Cabo (Lepra en la). 35, 64
Comarcas rurales (Desinfección en las)..... 89
Conducto nasolagrimal (Sondaje retrógrado del)..... 170
Congreso alemán de Medicina interna..... 70, 228
— francés de Medicina, 28, 104, 263, 430, 463
Constitución médica del invierno último..... 177
— — reinante 95
Contagiosidad de la lepra..... 86
Convulsiones de los recién nacidos (Etiología de las) 28
— infantiles 28
Coqueluche (Empleo del yoduro de etilo en la)..... 152
— (Tratamiento de la).... 383
Corazón normal (Dilatación aguda del).... 234
Cordón umbilical (Rotura del) 191
Corea de Sydenham (La orina en la)..... 156
— (Terapéutica de la).... 39
Corrientes eléctricas (Sobre los efectos de las)..... 419
Corriente sanguínea y tonovascular (Influencia de las causas mecánicas y térmicas en la) 233
Coxa vara..... 151
— de la adolescencia 186
Cremación é inhumación de los cadáveres 175
Crimea (Costa austral de) ... 316
Crioscopia del suero sanguíneo. 271
Conjuntivitis xerótica.. ... 272
Crup sarampionoso (Un caso de)..... 241
Cuerdas vocales (Membranas situadas entre las)..... 275
Cuerpo extraño (Broncoscopia por)..... 172
— — de la laringe 258
— — del esófago..... 462
Cuerpos extraños en la uretra de una mujer histérica.... 321
Cutis (Atrofia idiopática y extensa del)..... 236
Chancros blandos (Tratamiento de los)..... 15
Degeneración grasa (Sobre la doctrina de la)..... 155
Dentadura atascada en el esófago (Extracción de una)... 156
Dentaduras de cautchouc (Método de construir) 295
Deposiciones grasientas (Sobre las)..... 230
Desinfección en las comarcas rurales..... 89
— doméstica. 174
Desprendimiento de la retina (Tratamiento del)..... 280
Desintubación.. 313
Dextrocardia adquirida..... 351
Diabetes en sus relaciones con cirrosis atrófica.. ... 435
— (La gelatina administrada por vía gástrica como remedio de la). 13
— (Valor semeiológico de la diabetes en la).... 431
Diagnóstico de la úlcera del estómago..... 70
Diarrea crónica de Cochinchina (Lesiones y tratamiento de la)... 468
— — (Tratamiento de la). 14
Derrames serosos de la pleura (Punción procoz en los).... 97
Diátesis úrica en los niños... 116
Difteria (Algunas causas de muerte en la) 352
— en el Hospital de Roven 260
— (Inmunización contra la)..... 251
Digital (Lencocitosis subsiguiente al uso de la) 120
Dilatación aguda del corazón normal 234
Dionina (Investigaciones sobre el empleo en terapéutica ocular de la) 139
Disentería epidémica (Microbio de la) 386
— (Tratamiento de la).... 12
Dislocación congénita de la cadera..... 36
Distocia por quiste hidatídico del tabique rectovaginal.... 420
Divertículo esofágico por distensión 38
Docimasia pulmonar (Valor negativo de la)..... 399
Ducha de Weber (Albuminuria de origen rinofaríngeo curada por la)..... 152
Eclampsia y nefritis 153
Economía (Medicamentos de). 104
Ectopia testicular..... 458
— — (Tratamiento de la). 226, 261, 357
— vesical y epispadias tra-

tados por medio de la operación 194
Eczema pruriginoso (Patogenia y tratamiento del)..... 398
Educación motora (La nueva). 268
Embarazo después de la extirpación de los dos ovarios por tumor quístico 113
— en las proletarias tuberculosas (Interrupción del) 272
— extra uterino de más de cinco meses 27
— y estercoremia..... 154
Embriología (Tratado de)..... 52
Enfermedad de Adisson (Tratamiento de la)..... 190
Enfisema subcutáneo en la bronconeumonía..... 313
Enterorragias disentéricas (La gelatina en las)..... 398
Epigrafía oftálmica 213
Epispadias tratado por medio de la operación..... 194
Epitelioma curado con los rayos X 275
— de la frente 275
— de los órganos genitales 18
— (Operaciones autoplásticas en casos de)..... 77
Escaras múltiples 195
Escarlatina (Suero de Marmorek en las complicaciones de la)..... 447
Esclerosol 424
Escrofulosis ganglionar (Tratamiento por el suero yodurado de la)..... 200
Escroto (Infiltración rara de aire en el)..... 191
Escupideras para los tuberculosos (Nuevas)..... 416
Esófago (Cuerpo extraño del).. 462
— (Extracción de una dentadura atascada en el). 157
Espasmo intestinal 433
Espermatozoos en la fecundación (Cambios microquímicos de los)..... 155
Espina bífida (Curación de una)..... 461
Esputos (Precauciones adoptadas en varios países contra los)..... 88
Estadística demográfica sanitaria de la provincia de Alava. 412
Estercoremia y embarazo..... 154
Estómago (Ablación total del). 222
Estómago (Adherencias del).. 432
— (Diagnóstico de la úlcera del)..... 70
— (Tratamiento de la úlcera del)..... 73
— (Patogenia de la úlcera del)..... 232
Estrabismo (Avance capsular incruento en la cura del).. 155
Estrangulación del intestino herniado 62
Estrechez blenorrágica de la porción membranosa de la uretra..... 227
— cicatrizal de la uretra... 18
Etiología de las convulsiones de los recién nacidos. 28
— de la lepra en el Sudan. 35
Exantemas (Fototerapia en los) 98
Excisión de la mucosa rectal por hemorroides 152
Expectación 299
Expectoración bacilar (Valor pronóstico de la)..... 430
Extirpación de los dos ovarios por tumor quístico (Embarazo después de la)..... 113
Extracción de una cuchara alojada diez años en el estómago 462
Extrofia vaginal de la vejiga.. 26
Faringitis granulosa (Tratamiento de la)..... 240
Farmacología (Revista de).... 10
Fauces (Cauces extensos de las) 227
Fecundación (Cambios microquímicos de los espermatozoos en la)..... 155
— (Sobre un medio de comportarse los pronúcleos masculino y femenino en la)..... 156
Fiebres eruptivas (La luz roja en las)..... 5
— eruptivas (Tratamiento por la hipnopirina de las)..... 190
Fiebre glosopédica..... 254
— tifoidea (Adrenalina en la hemorragia intestinal de la)... 120
— — (Perforaciones intestinales en la).. ..... 63, 150
Fístula umbilicovesical 262
Foliculoma maligno del ovario 390
Fotóforo é hipnotizador..... 453
Fototerapia en los exantemas 98
— en el lupus..... 335
Fractura transversal de la ró-

tula (Intervención quirúrgica en la). 47
Fresas y urticaria..... 400
Función renal (Investigaciones sobre la fisiología y la patología de la)... 231
Ganglio ciliar (Extirpación del). 330
Gastrostomía por el procedimiento de torsión... 358
Gelatina administrada por vía gástrica como remedio de las hemorragias y de la diabetes. 13
— en las enterorragias disentéricas 398
Gestación ovárica primitiva.. 115
Ginecología (Lecciones de)... 451
Glándula de Meibomio (Cálculo calizo en una)..... .. 99
Glicosuria en la diabetes (Valor simeiológico de la)... . 431
Gomas ulcerados (Tratamiento de los)..... 15
Gripal (Otitis media de origen).. 38
Gripe (Tratamiento por la hipnopirina en la)..... 189
Grupos celulares cromoafines (Fisiología de los órganos accesorios del simpático y de los)..... 195
Guayacol en la epididimitis blenorrágica..... . 239
Guinea (Nuestras colonias en). 295
Hematurias en las neoplasias vesicales (Valor semeiológico de las). 401
Hemicránea mortal 141
Hemiplegia de origen quirúrgico..... 278
Hemoglobinuria paroxística «a frigore».. 198
Hemoptisis (Tratamiento de la) 439
Hemorragia interna en el aborto tubario y modos de tratarla..... 237
— intestinal de la fiebre tifoidea (Adrenalina en la) 120
— retroplacentaria por desgarradura del seno circular. 27
Hemorragias del alumbramiento (Tratamiento de las). 441
— puerperales y su tratamiento 473
— (La gelatina administrada por vía gástrica como remedio de las)..... 13
Hemorroides (Excisión de la mucosa rectal por)... 152
— (Nuevo procedimiento operatorio de las).... 360
Heridas por arma de fuego. .. 277
Hernia umbilical operada al nacimiento..... 28
Hidatídicos del riñón (Quistes)..... 150
Hidrocolecistitis calculosa (Dos casos de)..... 339
Hidrometría y hematometría.. 227
Hidronefrosis (Riñón móvil con)..... 133
Higiene de la primera infancia (Aforismos sobre la). 50
— (Revista de)... 85, 247, 414
Hipnopirina..... 189
Hombre (El)..... 212
Horquilla (Cálculo vesical formado alrededor de una)..... 189
Humo del tabaco (Valor preventivo del) 88
Incontinencia nocturna de orina (Tratamiento de la) 477
Infección puerperal (Infiltración purulenta del cuello en la) 191
Infiltración rara de aire en el escroto 191
— purulenta del cuello en la infección purulenta. 191
Insuficiencia hepática sin ictericia en la neumonía 263
Interposición muscular en el tratamiento de las anquilosis óseas..... 151
Intervención quirúrgica en la fractura transversal de la rótula..... 47
Intervenciones quirúrgicas en los procesos de los órganos genitales femeninos y la locura.. 128
Intestinal (Adrenalina en la hemorragia..... 120
Intestino herniado (Estrangulación del)..... . . . 62
Intoxicación hidatídica sobreaguda 62
— por el ácido bórico.... 11
Intubación laríngea (Notas sobre la)..... 41
Inversión de la vejiga..... 150
— total de la vejiga 62
Inyección de parafina en la protesis y afecciones nasales. . 167
Jaqueca (Tratamiento de la).. 189
Lámpara de arco de hierro ... 251

Laringe (Cuerpo extraño de la) 258
— de un sujeto que sucumbió de piohemia.... 38
— epiglotis hioides (Extirpación de la)..... 254
Laringología (Revista de) .. 164
Leche de burra (Vegetación del bacterium coli en la). 80
— de cabra (Vegetación del bacterium coli en la). 80
— de mujer (Vegetación del bacterium coli en la). 80
— de vaca (Vegetación del bacterium coli en la). 80
— esterilizada (Más sobre la) 415
— (Examen microscópico de la)..... 416
— no diluída (Uso de la).. 251
Lepra anestésica combinada con siringomielia.... 159
— en la Colonia del Cabo y en el Natal . . 35, 64
— en el Sudan (Etiología de la) 35
— (Sobre la contagiosidad de la)..... 86
Lesiones cardíacas congénitas en personas de una misma familia 470
Leucemia linfática combinada con prurito 234
Leucocitosis subsiguiente al uso de la digital..... 120
Leucomaínas diabetógenas (Existencia de las) 431
Levadura de cerveza (Acción terapéutica de la)..... 468
Ligadura de la vena axilar.... 461
Linfoma sarcomatoso de la axila (Extirpación de un)... . 276
Líquidos del organismo humano (Tensión superficial de los)..... 270
Ley de Profeta (Falsedad de la)..... 239
Linfangiectasia y linforrea . . 79
Linforrea y linfangiectasia... 79
Lipomatosis congénita y regional..... 156
Líquido amniótico (Paso del alcohol al).. 154
Litiasis biliar (Yoduro potásico en la medicación de la) 15
— intestinal..... 432
Locura histérica 361
— (Las intervenciones quirúrgicas en los procesos de los órganos genitales femeninos y la)..... 128
Luis Vives..... 333
Lupus (La fototerapia en el). 335
Luxación de una catarata en el curso de una operación. ... 138
Luz azul (Acción de la) 251
— roja en las fiebres eruptivas)..... 5
Madrid desde el punto de vista medicosocial..... 92
Manifestaciones oculares (Pronóstico de ciertas enfermedades generales según algunas de sus) 469
— parasifilíticas 463
Manos (Carencia de) 95
Mastitis puerperal (Profilaxis de la)..... 440
Medicación yódica en las nodrizas..... 414
Medicamentos de economía .. 104
Médula espinal (Tumor de la) 435
Meibomio (Cálculo calizo en una glándula de) 98
Membrana de la ventana redonda (Datos referentes á la fisiología de la) 164
Memorandum de sinonimias de los productos químicos..... 175
Meningitis cerebroespinal epidémica (Nuevo tratamiento de la)..... 40
Mentofenol (Tratamiento de la coqueluche por las inyecciones de) 383
Mercuriales (Tratamiento de la sífilis por las inyecciones)... 190
Metrorragias (Cloruro de calcio en las)..... 477
Mezclas anestésicas en los cardíacos (Valor de las)..... 425
Miasa (Un caso notable de). . 210
Micetoma de granos negros (hongo del)..... 305
— — negros (Un caso de) 225
Microbio de la disentería epidémica..... 386
Micrognatismo congénito..... 314
Miembros (Niño con deformaciones múltiples en los)... 153
Mixœdema 196
Monoplegia faciobraquial derecha 22
Monstruo doble..... 299
Morfinismo..... 367
Mortinatalidad en Palma durante un cuarto de siglo..... 51
Mucosa rectal (Excisión por hemorroides de la)..... 152
Musset (Síntoma de)..... 318

Nagana (Desarrollo y variabilidad del) 99
Nasales (Inyecciones de parafina en las afecciones) . . . 167
Natal (Lepra en el)..... 35, 64
Nefritis crónica (Tratamiento quirúrgico de la) 439
— y eclampsia..... 153
Neoplasia renal..... 116
Neoplasias vesicales (Valor semeiológico de las hematurias en las)..... 401
Neumonía (Insuficiencia hepática sin ictericia en la) 263
— (Patogenia y tratamiento de la) 178
— (Proporción de cloruro de sodio en los tejidos y líquidos en la) . . . 430
Niño con deformaciones múltiples en los miembros 153
Niños (Diátesis úrica en los).. 116
Nodrizas (Medicación yódica en las)..... 414
Nucleinato de hierro 16
Nuez de nogal... 257
Nueva educación motora. . .. 26
— mezcla antiséptica..... 12
— preparación lecitinada.. 16
Nuevo tratamiento de la meningitis cerebro-espinal epidémica..... 40
Observaciones meteorológicas. 453
Obstrucción intestinal por cálculos biliares (Dos casos de) 427
Oclusión intestinal 461
Oclusiones intestinales.. 150, 188
Oftalmología (Revista de) .. 325
Opacidad de la córnea producida por la cal (Modo de tratar la) 280
Operaciones autoplásticas en casos de epitelioma 77
Organos genitales (Epitelioma de los). 18
— — femeninos y la locura (Intervenciones quirúrgicas en los procesos de los)..... 128
— — externos en una mujer (Tumor de los).... 36
Origen parasitario del cáncer. 228
Orina en la corea de Sydenham. 156
Otitis medias agudas supuradas (Tratamiento de las)..... 135
— media de origen gripal.. 38
Otología (Revista de) 164
Ovárica (gestación) 115
Ovario (Foliculoma maligno del).. 390
Ovarios (Embarazo después de la extirpación de los dos) .. 113
Palma (Mortinatalidad durante un cuarto de siglo en).... 51
Parafina (Inyecciones de)... . 167
Parálisis ocular asociada con hemitemblor del lado derecho 53
Parto en pié (Rotura del cordón umbilical en el).. 191
— en un útero doble..... 27
— — didelfo. 190
Patogenia y tratamiento de la pulmonía .. 19, 256, 297, 375
Pelagrosos (Lesiones suprarenales en los)..... 440
Pelvis (Fractura de la). ... 226
Perforación de la vagina y del seno de Douglas en una tentativa de aborto..... . 151
Perforaciones intestinales en la fiebre tifoidea..... .. 63, 150
Perineal (Extracción de la próstata hipertrófica y de cálculos por la vía) 152
Peritonitis aguda (Tratamiento de la)..... 160, 199
— difusa consecutiva á apendicitis 472
— tuberculosa..... 116
— — é intervención quirúrgica..... .. . 233
— — (Punción y lavatorio con agua esterilizada en la)..... 278
Piedra de vidrio armado como material de revestimiento... 247
Pié equino varo en el primer año (Tratamiento del)..... 67
Piohemia (Laringe de un sujeto que sucumbió de).. 38
Piroplasmosis canina..... 182
Pitiriasis rubra de Hebra. ... 314
Placas mucosas (Tratamiento de las)..... 15
Placentaria (Un caso extraordinario de retención).. 161
Polvo (Un medio excelente de combatir el)..... 119
Precauciones contra los esputos en varios países 88
Presentación de hombro izquierdo con procidencia de la mano..... 422
Procedimiento de torsión (Gastrostomía por el) 358
Prolapso rectal total..... 462
Pronóstico de ciertas enferme-

dades generales según algunas de sus manifestaciones oculares..... 469
Próstata hipertrofiada (Extirpación por la vía perineal de la)..... 152
Prostatectomía perineal..... 463
Protesis (Inyecciones de parafina en la)..... 167
Prurito (Leucemia linfática combinada con)..... 234
Pseudopelagra..... 340
Pulgar (Artritis supurada del) 188
Pulmón (Trombosis otítica del seno y de la yugular complicada con absceso metastásico del)..... 77
Pulmonía (Patogenia y tratamiento de la). 19, 256, 297, 325
— y sangría..... 121
Punción precoz en los derrames serosos de la pleura..... 97
Quiste del ovario con pedículo torcido (Extirpación de un)..... 154
— hidatídico del riñón tratado por resección.... 63
— — del tabique recto-vaginal (Distocia por)..... 420
— — del riñón..... 150
Quistes hidatídicos..... 456
Radiografía estereoscópica.... 81
Rayos X (Efectos demasiado intensos de los)..... 236
— (Epitelioma curado con los)..... 275
Recién nacidos (Etiología de las convulsiones de los).... 28
Recto canceroso (Extirpación abdominoperineal del)..... 462
— — (Resultados lejanos de la extirpación del)..... 358
Reflejos tendinosos (Agotamiento de los)..... 160
Renal (Neoplasia)..... 116
Respiración artificial (Nuevo método de)..... 359
— placentaria (Un caso extraordinario de)..... 161
Resección del simpático cervical en el hombre (Fenómenos consecutivos á la)..... 259
Retención completa de orina.. 463
Retina (Tratamiento del desprendimiento de la)..... 280
Reuma articular agudo (Sueroterapia en el)..... 67
Reumatismo articular consecutivo á lesión traumática de carácter contusivo..... 400
— crónico (Tratamiento por el suero yodurado del)..... 200
— (Tratamiento por la hipnopirina del)..... 190
— tuberculoso abarticular 346
Revista de farmacología..... 10
— de higiene..... 85, 247 414
— de laringología..... 164
— de oftalmología..... 325
— de otología..... 164
— de rinología..... 164
— de terapéutica..... 10
Rinología (Revista de)..... 164
Riñón móvil con hidronefrosis. 133
— (Patología del)..... 230
— (Quistes hidatídicos del) 150, 429
Rótula (Intervención quirúrgica en la fractura transversal de la)..... 47
Royat (Indicaciones y contraindicaciones de las aguas de). 52
Rurales (Desinfección en las comarcas)..... 89
Saco lagrimal (Sobre la extirpación del)..... 326
Sacrocoxígeos (Patogenia de los tumores)..... 153
Saloquinina..... 10
— en la blenorragia aguda (La)..... 279
Sangre (Acción de los cuerpos albuminoideos sobre la coagulación de la)..... 471
Sangría (La pulmonía y la)... 121
Sarampión (Algunas consideraciones sobre una epidemia de)..... 367
— (Epidemias de)..... 317
Seno circular (Hemorragia retroplacentaria por desgarradura del)..... 27
Separador vesical..... 189
Sífilis (Agente patológico de la)..... 247
— cardio-aórtica (Nuevo estudio referente á la). 401
— tardía..... 344
— terciaria (Caso notable de)..... 141
— (Tratamiento de la)..... 190
— (Unciones mercuriales y aguas sulfurosas en el tratamiento de la).... 39

Signo del tibial anterior..... 80
Simpático cervical en el hombre (Fenómenos consecutivos á la resección del). 259
— cervical en la enfermedad de Basedow (Resección total y bilateral del)..... 279
— (Fisiología de los órganos accesorios del)... 195
— (Tumor de los órganos accesorios y cromoafines del)..... ... 277
Síndrome de Weber (Un caso de absceso cerebral con).... 135
Sínfisis estafilofaríngea y su tratamiento.. 135
Sinusal auricular (Cirugía de la trombosis).. 166
Siringomielia (Caso de lepra anestésica combinada con).. 159
Sondaje retrógrado del conducto nasolagrimal. ... 170
Sudan (Etiología de la lepra en el) 85, 64
Suero de Mormorek en las complicaciones de la escarlatina..... 447
— de Trunecek..... . 26
— (Sucedáneo del)..... .. 199
— sanguíneo (Crioscopia del) 271
— yodurado.. 200
Sueros precipitantes (Aplicación al estudio de la albuminuria de los) 270
Sueroterapia en el reuma articular agudo 67
Tabaco (Valor preventivo del humo del) 88
Talla suprapubiana (Cálculo vesical extraído por la) ... 357
Terapéutica de la corea 39
Terapéutica (Revista de) ... 10
Testicular (Tratamiento de la ectopia).. ..... . 226, 261
Tibial anterior (Signo del). .. 80
Tics.. 268
Tifoidea (Perforaciones intestinales en la fiebre) 150
— (Tratamiento por la hipnopirina de la fiebre). 190
Tiocol como antidiarréico.. . 15
Tracciones rítmicas de la lengua (Tractor mecánico para las).. 225
Tratamiento de la úlcera del estómago 73
Traumatismo craneano. 461
Tripanosomas (Medidas que deben adoptarse contra las enfermedades de)..... 260
Trombosis otítica del seno y de la yugular, complicada con absceso metastásico del pulmón.. . 77
— sinusal auricular (Cirugía de la). 166
Trunecek (Suero de) 26
Tuberculosa (Peritonitis).. . 116
Tuberculosas (Interrupción del embarazo en las proletarias). 272
Tuberculosis (Nuevas nociones suministradas por el estudio de las angiodermitis tuberculosas sobre la patología general de la)..... 431
— peritoneal.. 196
— (Tratamiento por el suero yodurado de la). . 200
Tuberculosos (Nuevas escupideras para los). 416
Tubo intestinal infantil (Tumores benignos del)..... 197
Tumor blanco tratado por las inyecciones ligeramente cánsticas).. .. 384
— epiteliomatoso de la extremidad inferior del ureter..... 429
— de los órganos genitales externos en una mujer 36
— quístico (Embarazo después de la extirpación de los dos ovarios por) 113
Tumores benignos del tubo intestinal infantil. . . 197
— sacrocoxígeos (Patogenia de los) 153
Ulcera del estómago (Diagnóstico de la) 70
— (Tratamiento de la) ... 73
— del estómago (Patogenia de la). 232
— gástrica y el cáncer (Relaciones entre la).... 232
— venérea (Tratamiento de la)... 360
Ulceras fungosas (Tratamiento de las)..... 15
Ulmarina 152
Unciones mercuriales y aguas sulfurosas en el tratamiento de la sífilis..... 39
Uña encarnada (Tratamiento de la) 239
Ureter (Tumor epiteliomatoso de la extremidad inferior del) 429

Uretra de una mujer histérica (Cuerpos extraños en la)..... 231
— (Estrechez blenorrágica de la porción membranosa de la)..... 227
— (Estrechez cicatrizal de la)..... 18
Urica (Diátesis infantil)..... 116
Utero (Anatomía sistemática y terapéutica de las posiciones del)..... 392
— didelfo (Parto en un) .. 190
— doble (Parto en un).... 27
Valor semeiológico de las hematurias en las neoplasias vesicales..... 401
Vegetación del bacterium coli en las leches de vaca, cabra, burra y mujer..... 80
Vejiga (Extrofia vaginal de la). 26
— (Inversión de la)..... 150
— (Inversión total de la).. 62
Vena axilar (Ligadura de la).. 461
Ventana redonda (Datos referentes á la fisiología de la membrana de la)..... 164
Virus rábico (Intensidad variable del)..... 416
Vólvulo (Un caso de)..... 277
Yodoleno..... 15
Yoduro de etilo (Tratamiento de la coqueluche por el)..... 152
— potásico en la medicación de litiasis biliar. 15
Zambos (Familia de)..... 95

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Arroyo Samaniego (D. Ramiro), Médico titular de Béjar (Salamanca).
Barajas (D. Luciano), Oto-rino-laringólogo de la Beneficencia municipal de Madrid.
Bonafonte (D. Mateo), Auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Cervera (D. E.), del Instituto Rubio.
Cobián y Cañedo (D. Manuel), Médico en la villa de Colunga (Asturias).
Coco Pérez (D. Federico), Médico titular de Grajal de Campos. León.
Codina Castellví (D. José), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Cortina (D. Queremón), Doctor en Medicina y Cirugía. Valencia.
Decref (D. Joaquín), Médico-director del Instituto de física-terapéutica y radiografía. Madrid.
Espina y Capo (D. Antonio), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital Provincial de Madrid.
Mariani (D. Juan Manuel), Médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa. Madrid.
Más y Gilabert (D. Manuel), Doctor en Medicina. Cartagena.
Mínguez Val (D. Eduardo), Médico primero de Sanidad militar.
Monmeneu (D. José), De las Sociedades española y francesa de higiene. Madrid.
Moreno Alvarez (D. Isaac), Agregado de la Clínica de Baudelocque. París.
Ots y Ezquerdo (D. Vicente), Ex-médico director del Manicomio provincial de Vizcaya.
Pérez Cano (D. Eduardo), Doctor en Medicina y Cirugía. Almería.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Oto-rino-laringólogo. Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria. Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía. Barcelona.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina. Madrid.
Valle (D. Rafael), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Yagüe (D. Ramón), del Instituto Rubio.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Expulsión de una larva viva..... 211
Un monstruo doble..... 300

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LVII

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1902

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO

CASOS PRACTICOS

POR EL

DR. A. MORALES PEREZ

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Por rara coincidencia he podido reunir en poco tiempo algunas observaciones, referentes á esta clase de heridas, que, aun diferentes por la clase de armas y el modo como se han ocasionado, presentan un estudio de conjunto que ofrece algún interés para la práctica quirúrgica.

Observación I

Con motivo de la última huelga que hubo en Barcelona en el mes de febrero, el joven J. S., de diecinueve años de edad, soltero, propietario de una lechería, recibió un balazo de proyectil Maüser en la unión del tercio medio con el inferior de la pierna derecha, produciéndole un terrible destrozo en el miembro, en el que se podían apreciar las lesiones siguientes: fracturas conminutas de tibia y peroné, con fisuras de los huesos y multitud de esquirlas de diferentes tamaños; trituración de músculos y desgarro de los tendones tibial anterior extensor propio del dedo gordo y del común de los dedos, así como los correspondientes á los flexores y tibial posterior; rotas las arterias, venas y nervios, quedaba un pié colgante y sujeto á la pierna por tiras de piel equimosadas y el tendón de Aquiles, que había quedado intacto del traumatismo.

Este joven salió de su casa por curiosidad, en el momento que unos huelguistas insultaban á unos guardias civiles, los que dispararon á muy corta distancia, cayendo al suelo el herido. Trasladado después

de la primera cura á la Clínica de operaciones (que pidió el herido con insistencia, por haber sido operado hacía unos cinco años de una socavación ósea en el calcáneo, de cuya operación había quedado bien), se le practicó un detenido reconocimiento por el jefe de Clínica Dr. Jaumandreu. Tanto él como yo, apreciamos las lesiones descritas, y convinimos en que la amputación era urgentísima, antes de que viniese la gangrena y la infección primitiva.

Es muy difícil convencer á un herido que pocas horas antes tenía una pierna fuerte y robusta, que para salvar la vida es urgente sacrificar un miembro tan importante y necesario. Convencido muy pronto, por la confianza que conmigo tenía, me dijo con *aire tristísimo de resignación*: «Haga usted lo que crea necesario».

Trasladado inmediatamente á la Sala de operaciones, practiqué por el método circular la amputación del muslo por el tercio inferior, cuya maniobra quirúrgica se llevó á cabo sin accidente alguno, ni nada ocurrió en los veinte días que duró la cicatrización que sea digno de observaciones especiales.

El herido salió de la Clínica á los veinticinco días de la operación. Hace próximamente un mes que le volví á ver, pues vino para consultarme acerca de una pierna artificial.

A primera vista parecerá extraño que una lesión del tercio inferior de la pierna, con motivo de un balazo, obligue á practicar una amputación por el tercio inferior del muslo, cuando amputando por el tercio superior de la pierna, resultaría una *mutilación menor y de gravedad disminuida*, comparándola con la operación que se le practicó. Añádase el que una pierna artificial resulta más cómoda en la parte alta de la pierna que en el muñón del muslo. Necesito, pues, justificar mi conducta operatoria para que se comprenda el que no practiqué por ello una mutilación mayor que la necesaria. Quiero insistir sobre este punto, pues tiene un grandísimo interés en la práctica quirúrgica.

Cuando la pierna sufre un gran traumatismo, ya sea por un balazo, un engranaje de máquina, el paso de una rueda y muchas otras causas que producen esas grandes contusiones intensas, la tibia y peroné se fracturan en formas espiroideas ó grandes fisuras, que llegan hasta la parte superior de dichos huesos. Acontece un hecho parecido á lo que sucede cuando pasa la rueda de un carruaje por encima de una caña, que, además del *foco de fractura*, se rasga aquélla en direcciones opuestas hasta una gran distancia del punto de contacto.

En el concepto anterior, por querer aprovechar una parte de la pierna, resulta que se presentan muchas complicaciones en el extremo del hueso, especialmente en la médula por la gran conmoción que sufre, y el herido sucumbe ó hay que reamputarlo por el muslo —que fué lo que debió hacerse en un principio—en fatales condiciones post-operatorias.

Recuerdo que hace algunos años ingresó en la Clínica un individuo sordo, á quien atropelló en la Rambla del Centro un Ripert que conducía á muchos individuos. El atropellado cayó, pasándole una rueda por la parte media de la pierna derecha. Propuse á la familia del herido, y á dos médicos que también la representaban, que había que practicar la amputación por el tercio medio del muslo. Les pareció á todos un *exceso de Cirugía activa*, y entonces les dije que declinaba toda responsabilidad y que trasladasen el herido á otra Clínica. Les manifesté mis temores, y convencidos por mis razonamientos, procedí á la operación en la forma que les había indicado. A pesar de ello, se presentó la gangrena del muñón, quedando al descubierto el femur, formándose la *temible conicidad*. A pesar de todos mis temores, y por cuya causa practiqué el método circular en la parte media del muslo, pude convencerme, que, quizás, me *quedé corto*.

Me costó una lucha formidable para salvar aquel individuo. Tuve que practicar la resección de una parte del femur necrosado, y procurar medios para cubrir la superficie ósea, con un gran colgajo de piel, hasta que, pasados muchos meses, pude ver al amputado en completa cicatrización y con una pierna artificial.

Observación II

También con motivo de los sucesos de dicha huelga de febrero, pude ver á un herido que puede considerarse como la antítesis del anterior. Se trataba de un joven que recibió en la calle un balazo Maüser en la parte media de la pierna izquierda. El proyectil había entrado rasando la parte anterior é interna del peroné, atravesó el ligamento interóseo sin tocar á la tibia. Quedó un *angosto túnel*, y parecía extraño que no hubiese interesado órganos vecinos tan importantes.

Este herido ingresó en el hospital y no pude saber nada más, aunque creo con verdadero fundamento, dada la forma y dimensiones de la herida, que habrá curado sin consecuencias graves.

Observación III

Con motivo de aquellos sucesos fuí llamado en consulta á Tarrasa con los Dres. Bosch y Benet para ver á dos heridos de Maüser. Uno de ellos había muerto antes de llegar á dicha ciudad para efectuar la consulta. Por los datos que me suministraron mis amigos y compañeros ya citados, se trataba de un balazo en la frente, habiendo salido el proyectil por encima de la oreja izquierda. El segundo herido era un joven, carpintero, llamado Trías, que había sufrido un balazo de fusil Maüser á unos 400 metros de distancia. El proyectil le atravesó el brazo izquierdo, cerca del hombro, por su cara posterior, sin interesar ni el húmero, vasos ni nervios, y entró en el tórax por el borde posterior de la axila y por delante del borde axilar del omoplato. Siguió la bala, pasando por el pulmón izquierdo y debió chocar sobre el tercer cuerpo de la vértebra dorsal, puesto que el herido acusaba fuertes dolores al comprimir dicho punto.

Hubo grandes neumorragias, lo que indicaba bien claramente la lesión grave del pulmón.

Este herido fué recogido por los Sres. Salvans, padre é hijo, fabricantes de dicha ciudad, é individuos de la Asociación de la Cruz Roja, colocando al lesionado en la mejor habitación de su casa y pagando todos los gastos que se originaron con dicho motivo. No insisto sobre este rasgo humanitario, porque los individuos de la Cruz Roja, consideran, y con razón, que estos hechos no son meritorios, puesto que no son otra cosa que el cumplimiento de un deber al que estamos todos obligados por amor al prójimo ó por un sentimiento altruista, como ahora se dice.

Manifesté á mis compañeros, que si la herida no se infectaba, habiendo salvado los primeros peligros, el hecho, aunque grave, no tendría consecuencias; pero si venía la infección, la cosa variaba por completo.

Desgraciadamente, el enfermo, que había pasado los primeros días sin fiebre y con mucha tranquilidad, aunque con alguna ortopnea, empezó á tener fiebre remitente característica, que no daba lugar á duda alguna, de que se formaba pus en abundancia en el mediastino posterior y cavidad pleurítica.

La situación del enfermo empeoraba y me escribieron desde Tarrasa respecto al estado del paciente. Les contesté que seguramente se había infectado la herida y que posiblemente sería muy grave, si no se le daba salida al pus. Como la gravedad iba acentuándose y

las piernas y muslos, así como el brazo izquierdo, estaban completamente edematosos, fuí por segunda vez, el día del Jueves santo, á Tarrasa. Me impresionó desagradablemente el gravísimo estado del herido. El edema de las extremidades era considerable, la cavidad pleurítica izquierda estaba llena, casi en su totalidad, de líquido purulento. En la parte alta se observaba un ruido timpánico, que más parecía determinado por acúmulo de gases que no por el aumento de la capacidad de las vesículas altas, como sucede con el *ruido skódico*, cuando existen derrames pleuríticos que no ocupan la totalidad de la cavidad.

Mis compañeros y yo teníamos algunas dudas referentes á los edemas. Se analizaron las orinas y no había albúmina, quedando por exclusión en la creencia de que se trataba de compresión en las venas cavas.

Manifesté á la familia del herido que sólo una operación podría salvarle. Estuvieron conformes, y al siguiente día los Sres. Salvans acompañaron al herido, en un carruaje perfectamente acondicionado para dicho objeto, á la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar.

El enfermo fué termo-eterizado al siguiente día con un especial cuidado, pues tenía muy poco campo respiratorio.

Busqué la séptima costilla por la parte posterior, en el mismo borde de la masa musculosa de los grandes extensores del tronco. Denudé un trozo de costilla en una extensión de 6 centímetros, y corté el hueso. Incindí con un bisturí la pleura, que estaba muy engrosada, y salieron 3 litros de un pus sumamente obscuro. La evacuación se llevó á cabo paulatinamente, al objeto de evitar la anemia del cerebro, que se presentaba de una manera alarmante. Durante la operación hubo necesidad de emplear algunas inyecciones hipodérmicas con cafeína y benzoato sódico, pues el corazón, que estaba empujado á la derecha, rebasando el borde derecho del esternón, latía muy irregularmente, y con latidos tan débiles, que el operado estuvo muy próximo á quedarse muerto en la mesa de operaciones.

Algún tanto rehecho el herido, empezó á expulsar una saliva mezclada con secreción bronquial sanguinolenta, que me inspiró gran cuidado: atendiendo á que el pulmón, aligerado de la gran presión que tenía, se congestionaba, y este acúmulo de sangre, obrando como una fuerte ventosa sobre la circulación del cerebro, producía en éste una anemia tan acentuada y profunda, que el operado presentaba palidez de cadáver.

Costó gran trabajo vencer tan terribles complicaciones, y tengo la

seguridad que si al operado, en vez de la termo-eterización, le cloroformizamos, se hubiese quedado muerto en la mesa de operaciones.

Paulatinamente fué entrando el operado en una reacción franca, saliendo por los gruesos tubos de desagüe que se aplicaron á la herida, una gran cantidad de serosidad purulenta.

Por la tarde se le renovó el apósito, que estaba muy sucio. La temperatura, que antes de la operación era de 39°, bajó á 37°,5.

Se le hicieron muchas inyecciones hipodérmicas de suero artificial, tomaba mucha leche y una mixtura antiespasmódica.

Durante la noche, el enfermo, que no podía dormir, aun permaneciendo sentado en la cama, descansaba muy tranquilamente, según observaciones tomadas por el Profesor de guardia y la Hermana de la Caridad que estaba á su cuidado.

A la mañana siguiente, el herido presentaba un aspecto muy favorable, que me hizo concebir las más halagüeñas esperanzas. Se le curó asépticamente y se le ordenó mayor alimentación.

Continuó mejorando en los días sucesivos, y fué desapareciendo el edema, en términos que quedaron enjutas las extremidades inferiores y el brazo izquierdo. Esto me hacía suponer que dichos edemas habían sido ocasionados por la compresión de las venas cavas inferior y tronco braquiocefálico izquierdo.

Quedó el enfermo apirético, se despertó el apetito, recobró el sueño y se restauraron las fuerzas, pero la supuración continuaba, si bien disminuyendo cada día. En una de las curaciones—como unos veinte días después de la operación de Estlander—salió la bala, que resultó ser de Maüser. El proyectil presentaba cerca de su punta una superficie biselada, como si hubiese rozado con un cuerpo duro de *reflón*. La base presentaba varias hojas estratificadas, lo que indicaba que estaba mal fundida, é indudablemente á ello debió salvar el herido su vida, dada la distancia á que recibió el disparo. Hay que tener en cuenta que en la herida del brazo, los Dres. Bosch y Benet encontraron una lámina del proyectil, lo que venía á confirmar la mala fundición de dicha bala.

Algunos días después salieron mezclados al pus dos pedazos de tela azul de la ropa que llevaba el herido, en el momento del accidente.

Después del proyectil y de los pedazos de tela, por espacio de varios días salieron trozos de parénquima pulmonar bien manifiestos, pues en algunos de ellos hasta podían observarse las ramificaciones pequeñas de los bronquios.

Cuando no salieron más esfacelos, saqué el tubo de desagüe y metí una tira de gasa en el hueco de la cavidad pleurítica. Aquella noche subió la fiebre á 39°,5, y el operado pasó aquellas horas con mucha intranquilidad. El Profesor de guardia le había recetado algunas inyecciones de bisulfato de quinina. A la mañana siguiente le saqué la gasa y salió por la herida una gran cantidad de pus. Le coloqué un tubo de desagüe, y evitándose la estancación de pus, desapareció la fiebre.

Por tres ó cuatro veces intenté sustituir el tubo por la gasa y tuve que desistir de ello por la estancación de pus.

Hace pocos días se le ocurrió comer ensalada sin orden mía, y tuvo una indigestión con algunos días de fiebre.

El estado actual es el siguiente: el herido está mucho más grueso y de color sano, no tiene fiebre, hay mucho apetito y duerme bien. La supuración es *casi nula*, pues las curaciones se practican en días alternos por no ser de necesidad el hacerlas diariamente. El hueco en la cavidad pleurítica va disminuyendo muy paulatinamente y queda por plantear el problema siguiente: si no se borra el hueco pleurítico, será necesario recurrir á la operación de Estlander, resecando dos ó tres trozos de costillas para que aplane la pared torácica y puedan cicatrizarse las dos pleuras.

Como el operado va restableciéndose y por hoy no hay peligro alguno que amenace, espero algunos días para decidir si será conveniente proceder á dicha operación (1).

Observación IV

N. S., individuo fuerte, de unos treinta y ocho años de edad, de profesión electricista. Estaba aplicando unos aparatos en el domicilio de un vecino de la calle de Raurich, en el momento que enseñando el dueño de la casa á un amigo suyo un revólver, se disparó accidentalmente y vino el proyectil á introducirse por el dorso del pié izquierdo, frente al tercer metatarsiano sin agujero de salida.

Se le practicó la primera cura en un Dispensario municipal, y por la noche le ví en consulta con los Dres. Bertrán, Torrens y Parés. Convinimos en que sería conveniente trasladarlo á la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar, para proceder á la extracción del proyectil.

(1) Este herido siguió mejorando, y hoy se encuentra en Tarrasa al cuidado de los Dres. Bosch y Benet para curarle la pequeña fístula, la que si no cicatriza obligará á practicarle la operación antes indicada.

A la mañana siguiente, previa eterización general, desbridé la herida, encontrando la fractura con pérdida de substancia ósea y varias esquirlas del tercer metatarsiano. No podía encontrar el proyectil por lo sinuoso del trayecto. Entonces empleé mi sonda olivar y pude encontrar la bala por debajo del escafoides. Practiqué una contraabertura y salió el proyectil. Limpia la herida coloqué un tubo de desagüe, y unos cuarenta días después cicatrizó completamente.

Para ver el estado definitivo de las partes lesionadas, se sacaron dos radiografías por el Sr. Pujol y Camps — tan competente en este asunto—y pudo observarse la formación de un callo óseo en el tercer metatarsiano, que por la pérdida de substancia ósea quedaba deprimido é inclinado hacia el borde inferior del cuarto metatarsiano.

En el herido se presentan edemas del pié á consecuencia de la prolongada estancia del miembro en posición horizontal y el cambio en declive por la deambulación, cuyos edemas transitorios desaparecen durante la noche al permanecer en cama. Le he recomendado un calcetín de tela de goma, con lo que creo se podrá obtener la desaparición de dichos edemas.

Observación V

F. G., natural de Pons, provincia de Lérida, de cuarenta y cinco años de edad, recibió un tiro de revólver, cuyo proyectil penetró rozando el borde anterior del cúbito, en su cuarto inferior. Pasó la bala por debajo del tendón del cubital anterior, arteria y nervio correspondiente, destrozó los tendones del flexor profundo, y posiblemente parte del pronador cuadrado, saliendo por delante de la arteria radial, destruyendo el tendón del palmar mayor.

Como se comprende, por la somera descripción que acabo de hacer, en medio de la desgracia del accidente, tuvo la suerte el herido de que no quedasen lesionadas tan importantes arterias como la cubital y radial, cuya rotura le hubiera producido la muerte por hemorragia ó quizá la amputación, si se hubiese llegado á tiempo de cohibirlas.

En el curso de la cicatrización se presentan—por el esfacelo de los tendones palmar mayor y flexor profundo — dos abscesos, que provocaron una gran tumefacción en el foco central de la herida y en la unión del tercio superior con el medio del antebrazo, que obligó al médico de cabecera á practicar una contraabertura en este últi-

mo punto. Por él salía el pus con dificultad, y por indicación del mismo médico se trasladó el herido á la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar.

Eterizado el paciente, practiqué en la parte alta del antebrazo un ámplio desbridamiento, para poner al descubierto dicho foco, del que salió una gran cantidad de pus sanioso. Lo limpié bien, taponándolo después con gasa aséptica. En el principal foco de la herida — parte media y anterior del antebrazo en su cuarto inferior — practiqué otro desbridamiento, limpiando bien la parte y aplicando dobles tubos de desagüe. Por las heridas salieron los pedazos de tendones esfacelados, y empezó la cicatrización, una vez desembarazada la región lesionada de dichos cuerpos extraños.

En pocos días cicatrizó el desbridamiento superior del antebrazo, quedando una larga línea cicatricial, mas la inferior ha resultado en su curación bastante rebelde. Hoy—16 de julio—están cicatrizadas la herida de salida y la practicada en la operación, pero no la de entrada que todavía persiste, si bien muy reducida y sin supuración de ninguna especie.

El herido viene á curarse á la Casa de Salud en días alternos, tomando un baño sulfuroso caliente para estimular la circulación ; y se le practican pequeñas irrigaciones con solución de formol y taponamiento con gasa aséptica.

Como hay pérdidas tendinosas, el movimiento de flexión queda muy limitado, porque—como es fácil presumir—el *magma cicatricial* engloba los extremos del palmar mayor y del flexor profundo.

Medida la profundidad de la herida, en el día de la fecha se pueden apreciar dos centímetros escasos, lo que hace suponer que no está lejana la cicatrización total, salvo algún accidente imprevisto, que no es de temer en las condiciones actuales.

Muchas reflexiones pudieran hacerse referentes á las observaciones expuestas, que voy á concretar en muy pocas palabras. *En toda clase de cirugía, la oportunidad es la primera condición terapéutica, pero en la que llamaremos cirugía aguda la rapidez en la acción del cirujano ha de ser de carácter urgentísimo.*

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar. Madrid.

SUMARIO: I. La adrenalina. — II. Tratamiento de la meningitis tuberculosa. — III. Hipnopirina. — IV. Tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea. — V. Un nuevo tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo.—VI. Aboferina.—VII. Un remedio raro de la erisipela.—VIII. Oxialcanfor. — IX. Acción antitóxica y antimicróbica del glicogenol.

I. **La adrenalina.**—En una de nuestras anteriores *Revistas* (7 de abril de 1902) dimos cuenta de los resultados obtenidos por Dudley-Reynolds (de Filadelfia) con el empleo del clorhidrato de adrenalina.

La importancia que en poco más de medio año ha adquirido la referida droga, y los numerosos trabajos de que ha sido objeto, nos obligan á ampliar los ligeros apuntes entonces consignados y á hacer un estudio más serio y más completo de este nuevo remedio.

Se trata del principio activo de las cápsulas suprarrenales descubierto por Takamine (de Nueva York) en 1901, y se presenta cuando está puro bajo forma de agujas cristalinas de color blanco, sabor amargo y reacción francamente alcalina, poco solubles en agua fría y mucho en el agua caliente, en los álcalis (menos en el amoníaco y soluciones de carbonatos alcalinos) y en los ácidos. Con estos últimos forma sales cristalizables y de composición perfectamente definida.

La fórmula empírica de la base debe ser, según Takamine, $C^{10}H^{15}AzO^{3}$, y según Aldrich $C^{9}H^{13}AzO^{3}$. Sus soluciones acuosas son al principio incoloras, pero si se les abandona al contacto del aire, absorben oxígeno y se colorean de rosa que pasa al rojo y últimamente al negro.

El percloruro de hierro las tiñe de verde que pasa al rojo purpúreo y después al rojo carmín, si se añaden con precaución pequeñas cantidades de un álcali cáustico. El yodo y el amoníaco las colorean de rosa, pero no precipitan por los reactivos generales de los alcaloides.

Todos los estudios experimentales verificados hasta la fecha, vienen á demostrar que la adrenalina es el más enérgico de cuantos medicamentos vasoconstrictores han ocupado un puesto en la ma-

teria médica. Basta, en efecto, aplicar sobre una mucosa cualquiera una solución al 1 por 1000, para que dicha membrana palidezca hasta el punto de aparecer completamente exangüe. El mismo resultado se obtiene en la piel inyectando debajo de ella algunas gotas de la referida solución, y si después de haberla inyectado subcutáneamente, ó de haberla aplicado sobre una mucosa, se incinden dichos tejidos con un bisturí, no se ve aparecer entre los labios de la herida el más leve vestigio de sangre. Es más; si se vierten sobre una herida con abundante hemorragia capilar algunas gotas de la solución antes citada, el flujo sanguíneo cesa de un modo casi instantáneo.

Esta contracción vascular, debida á una acción estimulante directa de la droga, sobre la fibra lisa de los vasos, va acompañada de considerable aumento de la tensión arterial. Según Amat han bastado 3 cent. cúb. de la solución al 1 por 100.000 por vía hipodérmica, para aumentar en 30 milímetros la presión sanguínea de un perro de 8 kilos de peso.

Pero la expresada acción estimulante no se ejerce tan sólo sobre la fibra lisa de los vasos, sino que se extiende también á la de la piel y á los elementos musculares de la matriz. Según Reichert, la adrenalina actúa también como poderoso excitante respiratorio.

Su acción sobre los vasos se manifiesta á los dos ó tres minutos de haberla aplicado, y se prolonga desde veinte minutos hasta cuatro horas.

El producto que estudiamos resulta indicado en toda clase de hemorragias externas ó internas, pero sobre todo en las que tienen su asiento en una mucosa. Reynolds ha cohibido, con él, epistaxis rebeldes á todo otro tratamiento, é iguales beneficios ha logrado en varias hemorragias del oído y de la faringe; Kenwarthy lo administra al interior como medio infalible de cohibir las hemoptisis; Habgood y Heebas lo usan en inyecciones uretrales, al mismo tiempo que por vía gástrica para combatir las hematurias de origen uretral ó prostático; Schœr ha logrado la curación de varias metrorragias graves consecutivas al parto, verificando inyecciones intrauterinas de solución de la expresada droga, y otros muchos autores la han empleado como medio de prevenir las pérdidas de sangre consecutivas á ciertos actos operatorios (raspados, extirpación de tumores, etc.), y para combatir las producidas por determinadas neoplasias y por la úlcera de estómago.

Además, Warren Coleman la ha administrado en cinco casos de

hemorragia intestinal por fiebre tifoidea, consiguiendo en todos ellos resultados maravillosos.

Por su acción descongestionante, debida también á la contracción vascular, puede prestar indiscutibles servicios en el coriza, fiebre del heno, faringitis agudas y crónicas, catarros crónicos de la pituitaria, laringitis y conjuntivitis. Según Reynolds, calma rápidamente los dolores ciliares que acompañan á las iritis y queratitis, mejora de un modo constante é inmediato los producidos por el glaucoma, disminuyendo al propio tiempo la presión intraocular y reduce el infarto de la mucosa que reviste el conducto lagrimal facilitando el cateterismo y la práctica de inyecciones medicamentosas.

Ultimamente, Carpentier la recomienda como estíptico en las extracciones dentarias, Reynolds como remedio casi instantáneo de algunas variedades de ruído de oídos y Mesnard y Mousset como tratamiento de la intoxicación por los opiáceos.

Aunque la toxicidad de la adrenalina no es muy grande, se trata de un medicamento que no está libre por completo de peligros, sobre todo, en cierta clase de enfermos. El Dr. Herter, reproduciendo y ampliando los trabajos de Blum, ha comprobado que la inyección subcutánea de cantidades algo elevadas de la droga, dan lugar á una glicosuria poco abundante y que desaparece al cabo de algún tiempo. Si la adrenalina se administra por vía intravenosa, la glucosuria es más pronunciada á la vez que más duradera, y si se introduce directamente en el peritoneo la proporción de azúcar, se eleva hasta 8 ó 10 por 100 y la inyección va seguida de excitación general que no tarda en convertirse en depresión ó abatimiento.

Repitiendo las inyecciones todos los días, los animales llegan á adquirir una relativa tolerancia y la glicosuria disminuye, pero sin llegar á desaparecer completamente.

Esta glicosuria parece ser de origen pancreático, pues en la autopsia de los perros muertos á consecuencia de la administración de grandes cantidades del medicamento, se han encontrado numerosos focos de necrosis en dicho órgano, y colocando 1 cent. cúb. de solución de adrenalina en la superficie del páncreas, se manifiesta poco después una glicosuria característica, glicosuria que no aparece cuando la misma cantidad de solución se deposita sobre el hígado, bazo ó cualquier otro órgano.

El producto de que se trata se administra bajo forma de sal soluble (clorhidrato ó tartrato) disuelta en solución acuosa de cloruro sódico y adicionada de una pequeña cantidad de cloretona que le

proporciona efectos analgésicos á la vez que la conserva indefinidamente:

Clorhidrato de adredalina...	1	gramo.
Solución normal de cloruro de sodio.....	1000	—
Cloretona.....	5	—

De este modo se obtiene un soluto al 1 por 1000 que sirve para embrocaciones en las mucosas, instilaciones oculares é inyecciones hipodérmicas. Las dosis para estas últimas es de medio á 2 cent. cúb.

Por vía gástrica se prescriben de 5 á 30 gotas de dicha solución mezcladas con jarabe, agua ó vino.

En las inflamaciones de la laringe y de la pituitaria se recurre por regla general á soluciones más débiles (1 por 5000 á 1 por 10.000).

II. **Tratamiento de la meningitis tuberculosa.** — El Dr. Thomalla (*Berliner Klinische Wochenskrift*, 1902) asegura haber curado un caso de esta terrible enfermedad diagnosticada por el examen del líquido cefaloraquídeo extraído por medio de la punción lumbar.

Se trataba de un joven de veinte años que había tenido diversas manifestaciones tuberculosas en la garganta, en la lengua y en las amígdalas, y que súbitamente fué atacado de violentísimos dolores de cabeza.

Poco después aparecieron contracciones espasmódicas de los músculos de la cara, la temperatura se elevó á 38°,7, la pupila reaccionaba difícilmente á la luz, el pulso era muy rápido y no tardaron en presentarse los vómitos, el estreñimiento y la retención de orina. El examen oftalmoscópico reveló la presencia de tubérculos en la coroides.

Entonces el Dr. Thomalla dispuso un purgante de calomelanos, un enema de glicerina y la aplicación de una vejiga con hielo á la cabeza. Además, y esta es la parte más importante del tratamiento, administra el yoduro potásico y la cresota al interior, dando de esta última, dosis muy grandes (4 gramos 50 centígramos en veinticuatro horas) El alivio se inicia desde luego, el enfermo se cura, y tres meses más tarde se comprueba la completa desaparición de los tubérculos de la coroides.

Según el indicado Profesor, tan notable resultado debe atribuirse á la creosota, que actúa como antibacilar, y al yoduro, que obra como enérgico eliminador de toxinas.

No creemos que un solo caso sea bastante para acreditar una medicación; pero, de cualquier manera, se trata de un procedimiento muy racional que merece ensayarse.

III. **Hipnopirina.**—Es un derivado clorado de la quinina, que se presenta bajo forma de largas agujas prismáticas y delgadas, de olor ligeramente clorado, de color blanco y sabor sumamente amargo. Es soluble en tres veces su peso de agua fría, mucho también en el agua caliente y en el alcohol, é insoluble en el éter y en el cloroformo.

Abandonada al contacto del aire esflorece, adquiriendo á la vez color amarillo; los ácidos minerales la disuelven sin coloración; los álcalis la descomponen, y el hipoclorito de cal y el amoníaco la precipitan con color verde, de la misma manera que á la quinina.

Para diferenciarla de este último alcaloide basta disolverla en agua, añadir nitrato de plata y amoníaco, y calentar la mezcla, con lo que adquiere un hermoso color negro brillante.

La hipnopirina actúa como analgésico, hipnótico y antitérmico, teniendo sobre los medicamentos de acción análoga más usuales, las ventajas siguientes:

No produce sudores ni fenómenos de colapso;

No irrita ni trastorna en lo más mínimo al aparato digestivo;

Nunca ha dado lugar á exantemas cutáneos.

En cuanto á su valor terapéutico, como analgésico nada tiene que envidiar á los otros productos de acción análoga. Bolognesi, Charpentier y Dupasquier, la han ensayado en varios casos de jaqueca, neuralgias de la cara, del tórax y de los miembros, dolores fulgurantes de la tabes y dolores neuríticos de los diabéticos, obteniendo siempre notables resultados.

Como hipnótico suele ser también muy útil, aunque de acción menos constante que como analgésico, y como antitérmico ha sido experimentado en la gripe, roseola, amigdalitis aguda, fiebre tifoidea y tuberculosis, produciendo siempre un descenso de medio á un grado, sin sudores, colapso, ni calofrío en el momento de la nueva exacerbación.

En las fiebres gripales no sólo ha rebajado la temperatura, sino que ha mejorado el estado general, disipado la cefalalgia, atenuado las neuralgias y mialgias, y producido el sueño.

Empleándola en seis casos de reumatismo articular agudo, se ha conseguido la curación de todos ellos en plazo muy breve y sin ningún género de complicaciones, pero conviene advertir que se dió combinada con el salicilato de sosa.

Se administra en sellos de 25 ó 50 centígramos, en dosis diaria de 1 á 4 gramos.

Bolognesi emplea en los niños supositorios que contengan 25 á 50 centígramos de la droga, según la edad de los enfermos.

IV. **Tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea.**—El Dr. V. Hubrard, recomienda administrar cada dos horas un sello que contenga 3 centígramos de calomelanos, 10 de carbonato de gayacol y milígramo y medio de podofilino. A las veinticuatro horas se reemplaza el calomelano por una cantidad igual de mentol, y si la supresión de dicho compuesto mercurial determina la atonía de los intestinos, se da todas las mañanas un agua mineral purgante en dosis laxante.

Si á los tres ó cuatro días vuelve á subir la temperatura, el autor sustituye de nuevo el calomelano por el mentol durante veinticuatro horas.

De los 34 enfermos sometidos á esta medicación, todos han curado; la temperatura ha vuelto á la cifra normal, cuando más tarde, á los catorce días y nunca se han observado complicaciones de importancia. Sólo en dos enfermos muy graves hubo ligera hemorragia intestinal.

V. **Un nuevo tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo.** — En la actualidad no puede dudarse que lo mismo los vómitos incoercibles que las convulsiones, desórdenes oculares, estomatitis, diarreas y demás trastornos producidos por el embarazo, son producidos por una autointoxicación de origen renal.

Fundándose en este principio patogénico, el Dr. Cardamin viene empleando desde hace ocho años, con resultados notabilísimos, una medicación en extremo sencilla, y que reposa sobre los tres fundamentos siguientes :

1.° No estimular el estómago;

2.° Eliminar toxinas por medio de una especie de lavado de la sangre;

3.° No aumentar la toxihemia con substancias venidas de fuera.

La primera y tercera indicación las satisface con una dieta absoluta, prolongada durante ocho ó diez días, y la segunda por medio de irrigaciones rectales de suero artificial, en cantidad de 3 á 4 litros diarios.

Entre los casos prácticos citados por el autor, hay algunos verdaderamente notables.

VI. **Aboferina.**—Es una combinación fosforada de albúmina y hierro, que contiene 90'14 por 100 de albúmina, 0'68 de hierro y 0'324 de ácido fosfórico.

Se presenta bajo forma de polvo amorfo de color obscuro, casi

inodoro, de sabor ligeramente salado y perfectamente soluble en el agua. Las soluciones acuosas ofrecen reacción neutra y no se coagulan por el calor.

Según los experimentos de Fusch, esta substancia es aceptada con gusto por los enfermos, no trastorna las funciones del estómago, aumenta el apetito y no da lugar al estreñimiento.

Administrada en 10 casos de clorosis y anemia, ha observado siempre aumento considerable de los glóbulos rojos y del peso del cuerpo. La hemoglobina ha aumentado también, por regla general, de un 25 á un 33 por 100.

VII. **Un remedio raro de la erisipela.** — Se trata de un remedio popular en Bulgaria y que el Dr. Tregulew (*Deutsche Medicinisch Wochenskrift*, 1902) ha adoptado en su Clínica.

La medicación no puede ser más racional y sencilla, pues consiste en colocar á un centímetro próximamente de las zonas invadidas una torunda de algodón mojada en alcohol y á la que previamente se ha prendido fuego, sosteniéndola con unas pinzas y manteniéndolas á dicha distancia de la piel hasta que el enfermo aqueje dolor. Entonces se pasa á otra zona y así se recorren todas las placas erisipelatosas, repitiendo la operación de dos á tres veces en las veinticuatro horas.

Según el expresado colega, la curación se obtiene á los dos días.

Tanfilieff recomienda otro método menos *sugestivo*, pero que quizá tiene el mismo objeto, es decir, la cauterización de la piel con destrucción de los estreptococos que la invaden.

Se reduce á embrocar con tintura de yodo todas las placas erisipelatosas, si son pequeñas, ó á cubrirlas en sus bordes, si son muy grandes, con la misma droga, en una extensión de 4 centímetros. Dichas embrocaciones deben repetirse tres veces al día por lo menos.

En la inmensa mayoría de los casos la enfermedad aborta, y si este resultado no se consigue, la duración del proceso morboso se reduce de una manera extraordinaria.

VIII. **Oxialcanfor.**—Ha sido obtenido por Manasse, sustituyendo un átomo de hidrógeno del alcanfor ordinario por un hidróxilo, según puede apreciarse en las fórmulas siguientes:

$$\underbrace{C^8H^{14} < \begin{matrix} CH^2 \\ CO \end{matrix}}_{\text{Alcanfor.}} \qquad \underbrace{C^8H^{14} < \begin{matrix} CH(OH) \\ CO \end{matrix}}_{\text{Oxialcanfor.}}$$

Es un polvo blanco, cristalino, inodoro, bastante soluble en agua

fría (2 por 100) y mucho en el agua caliente y en el alcohol. Las soluciones de oxialcanfor, que tienen sabor amargo y reacción neutra se descomponen fácilmente bajo la influencia del aire y de la luz, formando una masa gelatinosa de color obscuro y olor desagradable.

Según se deduce de los estudios experimentales de Heinz, el producto que estudiamos actúa en sentido excitativo sobre los centros respiratorio y vasomotor del bulbo, acelerando la respiración y elevando de un modo considerable la presión sanguínea.

Teniendo en cuenta los indicados efectos, Erlich lo ha empleado con buen éxito en 32 casos de disnea por diferentes causas. Análogos resultados han obtenido Neumayer y Stadelman que han experimentado en 34 enfermos y Rumpel que ha reunido 6 observaciones de enfisema, 5 de disnea cardíaca y 4 de tuberculosis pulmonar avanzada.

Jacobson asegura que entre nueve enfermos de disnea por padecimientos del aparato respiratorio, sólo una vez dejó de producir resultado el medicamento, que entre cuatro de origen cardíaco sólo faltó en uno y que el éxito fué rápido y constante en cinco más de origen nefrítico.

La droga se administra en sellos ó cápsulas gelatinosas en dosis de 1 á 2 gramos al día sin pasar de 4.

IX. **Acción antitóxica y antimicróbica del glicogenol.** — Los estudios de Luschi y Teissier en 1901 y 1902, han demostrado que el glicógeno del hígado sirve de destructor de ciertos venenos químicos y de algunas toxinas microbianas. Dichos autores han podido comprobar, entre otras cosas, que el mencionado producto disminuye considerablemente y hasta llega á desaparecer por completo en casi todas las infecciones y en gran número de intoxicaciones experimentales.

Tomando por fundamento los referidos estudios, Rörig ha tenido la idea de averiguar en qué clase de enfermedades infecciosas pudiera ser útil el glicogenol, obteniendo los resultados siguientes:

La caries de los huesos, el lupus vulgaris y la tuberculosis laríngea, se modifican de un modo en extremo favorable y hasta llegan á curar en muchos casos por medio de las embrocaciones ó inyecciones con la solución de glicogenol al 4 por 100.

La tuberculosis del pulmón experimenta también alivios en extremo acentuados con el uso de inhalaciones combinadas con el empleo de inyecciones subcutáneas ó del uso de la droga por vía gástrica.

En la escarlatina y angina escarlatinosa actúa como remedio es-

pecífico, pues la mejoría se manifiesta pocas horas después de haber administrado la primera dosis.

Cura todos los casos recientes de enfermedad de Basedow y mejora los crónicos.

Hace desaparecer los accesos de jaqueca.

Combate todo género de supuraciones crónicas á condición de actuar tópicamente sobre las superficies supurantes.

Alivia de un modo casi instantáneo la ronquera por catarro agudo.

Activa la secreción de pepsina por la mucosa del estómago.

Atenúa los trastornos provocados por carcinomas inoperables, sobre todo por los del útero é intestinos.

En cuanto á las dosis y fórmulas de administración he aquí algunos ejemplos:

Glicogenol	2 gramos.
Carbonato amónico	5 —
Agua destilada	50 —

Para inyecciones y lavados.

Glicogenol	20 centígramos.
Agua destilada hervida	10 gramos.

Para inyecciones hipodérmicas.

Dosis: Dos centímetros cúbicos una vez al día usando una jeringa de cánula larga.

Glicogenol	3 gramos.
Agua destilada esterilizada	60 —

Para inyectar subcutáneamente de una vez en los casos de fiebres sépticas graves y tisis consuntiva.

Glicogenol	1 gramo.
Carbonato amónico	5 centígramos.

Póngase en un sello para tomarlo en ayunas con un poco de agua tibia, no tomando alimento hasta dos horas después.

Glicogenol	80 centígramos.
Valerianato de creosota	80 —

Póngase en una cápsula gelatinosa para tomar dos al día (mañana y tarde) contra la tuberculosis.

Glicogenol	80 centígramos.
Glicerina	5 —
Manteca de cacao	c. s.

H. s. a. un supositorio vaginal ó rectal para aplicar dos al día.

El producto de que tratamos no es tóxico para el hombre, pues un adulto tolera hasta 50 gramos por día.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión científica celebrada el día 9 de Abril de 1902.

Presentación de hombro izquierdo con precidencia de la mano izquierda. Infección. Flegmatia alba dolens. — El Dr. *García Arias* manifestó que el concepto que le merecía el plan impuesto por el Dr. Martín Muñoz á la enferma en cuestión, era que había falta de unidad en él, ó más claro, que no se pronunciaba francamente ni por el tratamiento de la septicemia puerperal anterior á la época de la asepsia y antisepsia, ni por el seguido por los partidarios de la segunda escuela; en una palabra, que era ecléctico.

También dijo que en la especialidad ginecológica, como en todas las demás, existen recursos más ó menos enérgicos (pero parecidos), para obtener un mismo fin terapéutico, y bien pudo, si no el mismo día de la operación, al siguiente, practicar un abundante lavado intrauterino con agua esterilizada y rellenar la cavidad con gasa esterilizada ó yodofórmica, repitiendo estas curas las veces que hubiese creído necesarias, porque sabido de todos es la influencia manifiesta del agua á 37 ó 40° sobre la contractilidad de las fibras musculares del útero, así como la de que esté en contacto de ellas tiras de gasa; obra á manera de corriente eléctrica débil, excitando su contractilidad amortiguada ó nula, favoreciendo de este modo la expulsión de coágulos sanguíneos, restos placentarios ó de membranas, etc., evitando hemorragias y obteniendo en varias curas el mismo resultado que con una intervención operatoria oportuna y más seria.

Asimismo apoyó los deseos del Dr. Moreno Gil de que se abra amplia discusión sobre el tratamiento de la septicemia puerperal — del que mucho se ha escrito y más aún se ha hablado — con el fin de ver si conseguimos llegar á un acuerdo sobre el mismo, para bien de las enfermas que desgraciadamente aquején este padecimiento.

El Dr. *Martín Muñoz* contestó á las objeciones que le hicieron en sesiones anteriores los Dres. Pelegrin, Soriano, Moreno Gil, Botella y García Arias, manifestando que el plan terapéutico instituído á la enferma objeto de la discusión, no es la norma de su conducta en tales casos, y que debido á la escasez de recursos de la enferma para proporcionarse los medios siquiera más precisos para atender á las indicaciones más urgentes, por una parte, y de otra las creencias erróneas y falta de costumbre de la familia para cuidar rigurosamente á una enferma de tan extremada gravedad, contribuyeron á las deficiencias que los señores Socios que le han honrado en esta discusión, observaron en el tratamiento por él empleado.

El Sr. *Presidente* dijo que contra la costumbre establecida en otras discusiones de hacer el resumen de la sesión, en ésta se consideraba relevado

de hacerlo por haberse discutido con prolijidad de detalles y vastos conocimientos de la tocología por los señores Socios que han intervenido en el debate del caso clínico expuesto por el Dr. Martin Muñoz, quedando terminada esta discusión.

El Secretario de actas,

FLORENCIO B. HERMOSA.

PERIÓDICOS

Rotura traumática completa de la uretra. Intervención quirúrgica. Curación.— El Dr. D. Rafael Mollá publica en la *Revista valenciana de Ciencias médicas*, el caso clínico siguiente de gran interés, referente á un individuo de cuarenta y siete años, casado, albañil, fuerte al parecer, y bien constituído, pero con antecedentes reumáticos indudables, manifestados por frecuentes lumbagos y trastornos dispépsicos con intermitencias irregulares. En la mañana del mismo día había caído de una altura de unos tres metros y medio, que cayó de pié y con las piernas ligeramente entreabiertas, y una vez en el suelo no pudiendo mantener el equilibrio, cayóse hacia atrás, chocando sin gran violencia contra un madero, cuya extremidad en forma de punta no aguda se apoyó sobre la parte más anterior de la región anal, sin producirle herida ni fuerte contusión en la piel. Notó, sí, un intenso dolor profundo en la región perineal, seguido de deseos no imperiosos de orinar.

Trasladado inmediatamente á su casa y reconocido por el médico de cabecera minutos después, no apreció tampoco herida ni contusión, pero pudo notar manchas de sangre rutilante en la camisa y coágulos sanguíneos que aglutinaban el meato urinario. Siguieron en aumento los dolores gravativos del periné, los deseos de orinar y la dificultad de realizar la micción, en vista de lo cual se acordó visitara al paciente con carácter de urgencia.

Serían las cinco de la tarde cuando vió al enfermo el Dr. Mollá, encontrándole pálido y abatido, en el decúbito supino, con muslos y piernas en flexión, frecuente el pulso, pero sin reacción febril, retención de orina sin abultamiento epigástrico, atrayendo principalmente su atención dos síntomas culminantes porque, con los antecedentes, resumían todo el cuadro patológico: eran éstos la uretrorragia, no muy acentuada, y el abombamiento del periné, que ofrecía, además, una caloración equimótica, principalmente en la mitad anterior de la margen del ano. Estos dos síntomas físicos, unidos al funcional de la retención de la orina, bastaron para formular el siguiente diagnóstico directo: «rotura de la uretra en su porción membranosa».

El Dr. Mollá expuso la gravedad del caso y la necesidad de la intervención inmediata, conviniendo en transportar cuanto antes el lesionado á su Casa de Curación, lo cual realizó la familia aquella misma noche, conduciéndole en una camilla bien acondicionada. Trasladado en seguida á la sala de operaciones, le reconoció nuevamente, pudiendo apreciar enorme tumoración perineal y una mayor zona equimótica que se extendía desde las regiones isquiáticas hasta la margen del ano y gran parte de las bolsas escrotales. La uretrorragia

persistía, y durante la traslación había emitido el paciente una regular cantidad de orina teñida de sangre, pero la micción se había verificado babeando y sin fuerza alguna en el chorro.

Planteada la intervención quirúrgica, debía consistir ésta en llenar una indicación terminante y con carácter de urgencia : la *uretrotomía externa* sin conductor, puesto que el cateterismo con instrumento rígido estaba formalmente contraindicado. Antes de intervenir, y por si acaso la rotura de la uretra era parcial, probó el Dr. Mollá á practicar el cateterismo con una sonda de Nélaton esterilizada, con grandes precauciones, pero sin esperanza de éxito y hasta temiendo agravar la situación, porque siendo probable la rotura completa de la uretra, era muy inseguro enfilar el extremo profundo de la rotura con la punta de la sonda. Así sucedió : llegó ésta á la región perineal, doblándose en una extensa cavidad fraguada por la hemorragia y la orina derramada en el espesor de los planos del periné, dando salida á escasa cantidad de orina sanguinolenta, pero sin penetrar en la vejiga, finalidad que deja de perseguir al no conseguirlo de primera intención.

Inmediatamente se procedió á practicar la uretrotomía externa sin conductor, bajo la acción del cloroformo (diez de la noche), y á pesar de lo difícil que resulta casi siempre esta operación en su último tiempo, no se aplazó la intervención hasta el día siguiente porque la retención de la orina y la tumefacción del periné, por acúmulo de sangre y orina, reclamaban con urgencia el descubrimiento y la evacuación del foco, para evitar mayores destrozos, especialmente la infiltración pelviana y el flemón. A cambio de estas positivas ventajas para el paciente, se exponía á no poder terminar la intervención aquella noche, dejando para la luz del día el encontrar el extremo posterior de la uretra, pero el Dr. Mollá sacrificó su comodidad y puso á prueba su amor propio ante el deber profesional.

Colocado el paciente en la posición de la talla perineal, se practicó una amplia incisión en el rafe medio desde la raíz del escroto hasta un centímetro por delante del ano. En el tejido celular subcutáneo ya pudo apreciarse la infiltración serosanguinolenta procedente de la contusión superficial y del hematoma profundo, y de tal modo eran intensas las alteraciones en los tejidos del periné, que no se pudo apreciar los diversos planos anatómicos del mismo, especialmente el triángulo muscular superficial, cuyos órganos, contundidos, como el tejido celular, é infiltrados de materia colorante de la sangre, tenían el aspecto de piltrafas mortificadas más bien que de tejidos normales, como lo eran unas horas antes. Increible parecía que en tan breves horas se hubieran fraguado destrozos tan considerables, puesto que la misma aponeurosis media del periné, tan resistente, estaba dislacerada, habiéndose constituído una vasta cloaca perineal, cuyos límites laterales eran las tuberosidades isquiáticas, la próstata profundamente arriba y el recto por detrás. Unicamente pudo reconocerse en las partes laterales de esta cavidad las raíces de los cuerpos cavernosos, con su aspecto lustroso y blanquecino. La vasta cavidad estaba rellena de coágulos negruzcos y de orina teñida por la materia colorante de la sangre, en tan gran cantidad que seguramente no cabía en un tazón de regulares dimensiones (500 gramos).

Fué imposible reconocer en el fondo de esta cloaca dónde se encontraba el extremo posterior de la uretra, rota completamente por debajo de la arcada

pubiana y en cuyo sitio normal dejaba de percibirse al tacto. Después de unos minutos de suaves tanteos, durante los que hizo orinar al paciente, pudo *adivinar* y enfilar el extremo posterior de la uretra é introducir en la vejiga el pico de una sonda de Nélaton núm. 18.

Con esta maniobra quedaba resuelto el tiempo más difícil de la *uretrotomía externa*, mal llamada así en este caso concreto, puesto que la uretra estaba completamente rota y no había por qué dividirla. Sólo faltaba pasar el extremo anterior de la sonda por la uretra peneana, lo cual se consiguió fácilmente de atrás á adelante introduciendo de delante á atrás una oliva exploradora fina, á cuyo extremo profundo se ató en plena herida perineal el extremo libre de la sonda de Nélaton, cuyo vértice tenía en la vejiga. Abundantes irrigaciones de agua hervida en el foco traumático y en la vejiga por la sonda, aseguraron la limpieza y desinfección de aquél y el buen funcionamiento de ésta, terminando la intervención rellenando de gasa esterilizada la cavidad del periné y fijando la sonda con unas bridas de cordonete.

No se practicó sutura de ninguna clase, ni de la uretra, cuyo extremo posterior no alcanzó á ver, ni de los planos del periné dislacerados, ni de la piel. Además, para facilitar el desagüe y favorecer la eliminación de los detritus del foco, se practicó una contraabertura al nivel de la región isquiática izquierda, colocando en ella otra mecha de gasa esterilizada.

El enfermo toleró perfectamente la sonda quince días, durante los cuales se lavó diariamente la vejiga con agua boricada para evitar la infección y la incrustación calcárea de la sonda, y se renovó la cura de la herida perineal empleando el yodoformo para excitar la producción aséptica de mamelones carnosos.

A los quince días se quitó la sonda creyendo que los mamelones carnosos, al crecer del fondo y de las partes laterales del foco traumático, habrían reconstruído en gran parte sobre la sonda los dos ó tres centímetros de uretra rota y retraída, más no fué así; porque si bien en las primeras micciones el chorro de la orina salía parte por el meato y parte por el periné, desde el segundo día salía toda la orina por la herida perineal. Esto indicaba claramente que la uretra no se había reconstituído, y obligó á dejar nuevamente la sonda permanente, con tanto más motivo cuanto que no existía infección vesical y era bien tolerada.

En el transcurso de treinta y siete días que el operado permaneció en la clínica, se renovó varias veces la sonda para tratar la fístula perineal, persistiendo ésta todavía durante dos meses después de haber abandonado el enfermo el establecimiento. Hoy está completamente restablecido.

Como realmente la herida y fístula perineal cicatrizó sobre la sonda permanente, no quedó después de cerradas aquéllas una estrechez muy pronunciada de la uretra, como es de rigor en estos casos, porque el tejido de cicatriz que restauró el conducto, á pesar de su tendencia á la retracción, tuvo durante el proceso reparador el molde de la sonda. Durante los meses últimos de marzo y abril estuvo sometido á sesiones tardías de dilatación lenta progresiva y hoy admite libremente la uretra el número 24 de la escala francesa. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Julio de 1902.

Suero de Marmorek. — El Dr. A. Josías: Los trabajos publicados por el Dr. Marmorek han hecho dar un gran paso al estudio de los estreptococos y de sus toxinas.

Hasta ahora las inoculaciones hechas á los animales habían producido resultados de inconstancia notable; se obtenía unas veces una infección rápidamente mortal, otras una simple reacción local, en ocasiones nada.

Tal estreptococo que causó una enfermedad mortal en el hombre, no provocaba á menudo en el animal más que una infección pasajera ó una lesión local insignificante. Por otra parte, los cultivos pierden con rapidez su virulencia y no permiten continuar el estudio de los estreptococos aislados. El Dr. Marmorek ha procurado, ante todo, obtener un medio capaz de conservar la virulencia del estreptococo; como el hombre es un terreno altamente favorable para el estreptococo, pensó en el suero humano; como el suero puro no dió buenos resultados, le diluyó como sigue: suero, dos partes, caldo de vaca peptonizado al 1 por 100, una parte. El líquido de la ascitis puede sustituir al suero.

Los sueros animales no valen más que el humano; sin embargo, el asno, el mulo y el caballo, son también buenos medios. El medio suero caldo es excelente para el cultivo y la conservación de los estreptococos; cultivos antiguos de seis á ocho meses y que parecen muertos, se reaniman con rapidez en este medio, el más empleado hoy en bacteriología. Para la exaltación de la virulencia, el autor emplea el método de los pasos sucesivos de Pasteur. Partiendo del estreptococo de la falsa membrana, después de pasos alternos del conejo al suero caldo, el Dr. Marmorek obtuvo en dos meses un virus de una actividad tan grande, que un microbio único, introducido debajo de la piel del conejo, bastó para matarle por septicemia; los cultivos diluídos al $^{1}/_{100\cdot000}$ de centímetro cúbico producen todavía la muerte de los animales.

El método de los pasos alternos del conejo al suero caldo permite demostrar la identidad de la mayor parte de los estreptococos, procedan de la erisipela, de un flemón ó de una angina. Los estreptococos largo y corto son, al parecer, de una especie idéntica.

Para producir la inmunización, el Dr. Marmorek prefiere las inyecciones de cultivos vivos de virulencia progresiva; pero para obtener un suero verdaderamente activo, es necesario llevar muy lejos la inmunización.

El asno y el caballo son los mejores animales para obtener el suero terapéutico. El carnero suministra un suero cuya inyección es dolorosa y pro-

voca eritemas. Las reacciones causadas por las inyecciones inmunizadoras en el caballo, son al principio de una intensidad notable, aun con las dosis más débiles.

Tratando por inyecciones de cultivos de estreptococos caballos inmunizados ya contra la difteria, el Dr. Marmorek espera obtener un suero que ejerza una acción favorable en los casos de anginas diftéricas asociadas.

Una vez los animales suficientemente inmunizados, es preciso dejarles descansar durante tres ó cuatro semanas antes de recoger su suero; antes de esta época, el suero es tóxico y capaz de provocar abscesos. Su acción antiestreptocócica es típica, aunque algo débil.

En uno de sus trabajos ha procurado Marmorek demostrar las causas de la insuficiencia de la producción de la toxina del estreptococo en sus medios de cultivo. Resulta de sus experimentos que los estreptococos sembrados en los medios más apropiados cesan con rapidez de multiplicarse y entran en un período latente; el caldo de cultivo filtrado y sembrado de nuevo no sirve para un nuevo cultivo. Sin embargo, los cultivos no están muertos. Este medio, que se ha hecho impropio para el cultivo de un estreptococo, permite el desarrollo de otras especies. Esta suspensión rápida de la multiplicación del estreptococo no había permitido aislar una toxina muy activa; pero si se añade al cultivo, suspendido así en su desarrollo, un poco de extracto de caldo ó una cantidad pequeña de leucina y de glicocola, el cultivo recobra con rapidez su actividad y segrega una toxina activísima.

Marmorek conserva, por lo tanto, la virulencia del estreptococo por el empleo del suero caldo y aumenta, además, de una manera considerable la propiedad toxígena de un ejemplar de su microbio por la adición de leucocitos polinucleares procedentes de un conejillo inmunizado.

Cree en la unidad del estreptococo patógeno para el hombre. Hasta ahora no se ha dado prueba alguna de la diferencia esencial de los microbios en cadeneta que se encuentran en la patología humana.

El empleo del suero Marmorek se impone, al parecer, en las estreptococias, lo mismo en los animales que en el hombre.

En el caballo, una enfermedad infecciosa estreptocócica, el anasarca, es en cierto modo yugulada por una infección poco elevada de suero antiestreptocócico. La papera (*gourme*), por el contrario, es otra enfermedad del caballo causada por un estreptococo de tipo especial que no es modificada por el suero. En el hombre, el suero de Marmorek se ha empleado para combatir diversas enfermedades de estreptococo, bien porque sea el agente patógeno de la enfermedad ó esté asociado á otros microbios. Se ha ensayado contra la erisipela, ciertos flemones, las infecciones graves post operatorias ó post puerperales, las anginas, la difteria, la escarlatina, la influenza, las bronconeumonías y la tuberculosis.

La erisipela tratada por el suero de Marmorek, á la dosis de 10 á 20 centímetros cúbicos, es influída, al parecer, de un modo favorable. La cantidad mayor de suero inyectada ha sido de 120 centímetros cúbicos en diez días y la menor de 5 centímetros cúbicos. Los resultados obtenidos en la Clínica del profesor Chantemesse en 1895 son favorables. Nos hallamos, en efecto, en presencia de una enfermedad infecciosa de pronóstico favorable, porque su mortalidad ordinaria no excede de 5 por 100. En 165 casos de erisipela

tratados por el suero antiestreptocócico, la mortalidad descendió á 1'2 por 100. El 31 de diciembre de 1895, el Dr. Chantemesse publicó los resultados obtenidos en su Clínica, completando la estadística de Marmorek, con los siguientes datos:

Tratamiento ordinario, mortalidad.....	3,79 por 100.
— por el suero, mortalidad.....	2'50 —

Esta última cifra se refiere únicamente á los casos graves, porque en los benignos no se empleó el suero.

La ganancia obtenida por el suero antiestreptocócico no es grande, pero sí efectiva.

En las septicemias operatorias y no operatorias se han obtenido algunos éxitos, que pueden atribuirse al suero antiestreptocócico.

Duret refirió la primera observación de septicopiemia intensa curada por el suero de Marmorek usado sin más medicación; inyectó 230 á 240 centímetros cúbicos. En otro caso de septicemia post operatoria, el suero antiestreptocócico á dosis repetidas consiguió contener los accidentes contra los que habían sido ineficaces los demás medios. El profesor Landouzy ha publicado la observación de un niño de ocho años afectado de piemia con abscesos múltiples que databan de veinticinco días; este enfermo curó con las inyecciones de suero á dosis diarias.

Sería fácil multiplicar estos ejemplos. Según Duret, en las septicopiemias de marcha lenta y progresiva hay más probabilidades de curación empleando el suero antiestreptocócico á dosis diarias y continuadas con tenacidad hasta que cesen los accidentes, en vez de hacer inyecciones á grandes dosis.

En la infección puerperal, unos han proclamado los buenos efectos de esta medicación, otros son más reservados.

El profesor Pinard emplea desde hace seis años en la Clínica de Baudeloque el suero de Marmorek como profiláctico y curativo. Desde que usa este suero, la morbilidad ha disminuído de un modo considerable y la mortalidad es casi nula, según lo demuestran las estadísticas de nuestro sabio colega.

En 1895 principié á ensayar contra la escarlatina la seroterapia en mi Clínica del Hospital Trousseau. No conocemos el agente patógeno de esta enfermedad, pero que la escarlatina sea simple ó complicada, va acompañada casi siempre de lesiones debidas al estreptococo.

He creído, por lo tanto, racional ensayar el suero de Marmorek en la escarlatina. He empleado el suero de carnero proporcionado por el Sr. Nocard: he inyectado en 49 niños una dosis igual á 5 centímetros cúbicos de suero. Después utilicé suero de caballo mucho más activo que el primero. Se hizo á cada niño, al ingresar en el hospital, una inyección de 10 centímetros cúbicos de suero de una energía preventiva de $^1/_{30\cdot000}$. Las inyecciones se repitieron según la persistencia de la fiebre, del exudado de las fauces ó de la albúmina. En 99 niños tratados así, se gastaron 2132 centímetros cúbicos, ó sea 22 centímetros cúbicos por término medio. Sin insistir sobre los accidentes debidos al suero, poco graves, diré que los resultados de esta medicación son insignificantes.

Es difícil resumir la obra considerable de Marmorek; es delicado criticar los efectos terapéuticos de su suero, porque los resultados obtenidos son

complejos. En ciertas afecciones, la sueroterapia antiestreptocócica produce resultados poco decisivos, pero en otras enfermedades, como la erisipela, los flemones y las infecciones puerperales de estreptococos puros, la asasarca del caballo, son satisfactorios. En una palabra, la sueroterapia antiestreptocócica de Marmorek no ha dado todavía todo lo que tenemos derecho á esperar de ella; permite, sin embargo, concebir esperanzas.

Aplicaciones terapéuticas del yodo en estado metalóidico (*Informe de un trabajo del Dr. Billet*).—El Dr. Landouzy: Sabemos cuánto se emplea el yodo en terapéutica desde Coindet, Lugol, etc., y puede decirse que todos los dermatólogos lo usan en el tratamiento de las afecciones de la piel, pero no han obtenido todo lo que era de esperar, porque el yodo no existe en estado metalóidico en las preparaciones oficicinales. Contienen ácido yodhídrico, lo que las hace más ó menos cáusticas y, por consiguiente, de aplicación más difícil y hasta peligrosa.

En la bencina, el sulfuro de carbono, el cloroformo y el yodo no existe en estado metalóidico.

Para no modificar el estado físico ni químico del yodo, el Dr. Billet emplea un éter de petróleo especial, compuesto de pentana y de hexana, que destila á menos de 55° y cuya densidad es de 0'628 á 0'630.

La disolución és de un color violeta hermoso, de estabilidad completa, y el yodo, que se halla en ella en estado natural, conserva todas sus propiedades bactericidas y antisépticas.

Este éter de petróleo disuelve 60 gramos de yodo por litro.

El Dr. Billet acostumbra á emplear la disolución siguiente:

Yodo bisublimado.....	25 gramos.
Eter de petróleo destilado á menos de 55°.....	1 litro.

Esta preparación de yodo metalóidico no es cáustica; puede emplearse lo mismo sobre la cara que sobre las diferentes partes del cuerpo, aun para la cura de las heridas; como el yodo ha conservado sus afinidades químicas, es necesario no lavar las heridas más que con agua hervida, porque puede haber si no combinación con los antisépticos.

Se emplea esta disolución en pulverizaciones por medio de un pulverizador de tubo capilar, á causa de la poca densidad del líquido.

Como el éter de petróleo es muy inflamable, conviene al hacer las pulverizaciones no tener cerca una luz de llama.

El yodo en estado metalóidico es superior á las preparaciones yodadas oficinales, á causa del éter de petróleo, que es un disolvente rápido y perfecto de las materias grasas. Disuelve las que ocupan la superficie de la piel; es el cuerpo que posee propiedades ósmicas más acentuadas; penetra en todas partes. El yodo es depositado en estado cristalino, porque la evaporación del disolvente es instantánea.

El empleo del yodo metalóidico en las tiñas ha producido la curación, sin cicatrices ni alopecia, en cinco á siete meses de tratamiento, curaciones comprobadas por el Dr. Sabouraud.

En la pitiriasis versicolor, el resultado parece perfecto, lo mismo que en la pelada y el acné.

El empleo del yodo metalóidico en el tratamiento de los diversos acciden-

tes de la sífilis, tales como placas mucosas, condiloma, leucoplasia, ha producido buenos resultados en varios enfermos del Dr. Queyrat.

Parece, por lo tanto, probado que el yodo metalóidico realiza un progreso en la terapéutica de las afecciones parasitarias cutáneas y de la piel del cráneo y en el tratamiento de ciertas determinaciones de la sífilis.

(*Bull. de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

(*Concluirá*).

XX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

celebrado en Wiesbaden del 15 *al* 18 *de abril de* 1902

(Continuación)

Acción de algunos medicamentos en la circulación menor.—El Dr. Gerhardt (de Estrasburgo): De los experimentos que he realizado, resulta que la digital ejerce una influencia propia en la circulación menor, la cual es paralela en su marcha general al aumento de presión, y por lo tanto, no es consecuencia exclusiva de un mayor aflujo de sangre. Lo mismo sucede con el extracto suprarenal que también aumenta la presión en la circulación menor hasta 12 milímetros de mercurio. El descenso de presión que se observa en ella después del uso de la ergotina y de la hidrastinina, es debida, asimismo, á una acción igual sobre la circulación menor.

Fototerapia. — El Dr. Bie (de Copenhague): Los rayos químicos de la luz pueden provocar una inflamación de la piel (Bouchard, Widmark, Finsen); los rayos rojos, amarillos y verdes no producen ese efecto. Los rayos ultra violados provocan en la piel una dilatación vascular que puede persistir al menos de cinco á seis meses. No hay hechos que permitan suponer que la luz ejerce influencia en la cantidad de hemoglobina de la sangre. Tampoco puede considerarse como probada la afirmación de Moleschott y otros, de que la luz aumenta la eliminación de ácido carbónico. Los rayos químicos obran como excitantes sobre los animales inferiores y probablemente produce la luz el mismo efecto en el organismo humano. Según algunos observadores, la luz roja excita los procesos psíquicos y la violeta los calma. Esta última propiedad se ha utilizado con ventaja para calmar á algunos maníacos. Los rayos rojos pueden penetrar profundamente en el organismo; en cambio, para que los rayos azules y violados atraviesen los tejidos, es preciso que éstos se hallen exentos de sangre. Los rayos ultraviolados jamás pueden pasar de las capas superficiales de la piel. Lo mismo sucede con el poder que tiene la luz de matar las bacterias en el organismo. Semejante poder es debido casi exclusivamente á los rayos químicos, y por lo tanto, la luz sólo puede curar afecciones superficiales, y no cabe pensar, según esto, en que se puedan curar por medio de la luz afecciones tuberculosas de la laringe ó de los pulmones, como lo han pretendido algunos médicos americanos.

El tratamiento de la viruela por medio de la luz roja, como lo aconseja Finsen, se funda en que, excluyendo la acción flogógena de los rayos quí-

micos, se evita que en la piel supuren las vesículas y, por consiguiente, que se desarrolle la fiebre secundaria, y que se formen cicatrices. El tratamiento de otras enfermedades exantemáticas con la luz roja, todavía no tiene la confirmación de la práctica. Backmann y Chatinière dicen haberlo empleado con éxito en el sarampión, y Krakenberg refiere haberle sido útil en la erisipela. Los baños de luz incandescente ideados por Kellog son baños sudoríficos sin ninguna acción específica, pero como tales baños sudoríficos, son los más perfectos de todos. Las iluminaciones locales con lámparas incandescentes ó de arco que aconsejan Munin y otros autores rusos, no parecen ofrecer gran interés. La fototerapia general del porvenir será, sin duda, los baños de sol sin envoltura subsiguiente, ó los baños de arco voltáico con lámparas de 150 á 200 amperios y sin llegar á provocar el sudor. Por ahora es demasiado poco lo que sabemos de los efectos generales de la luz para poder establecer indicaciones determinadas de este medio terapéutico.

El único tratamiento fototerápico local cuya acción está bien comprobada es el de Finsen, de las dermatosis con rayos químicos concentrados. Sus excelentes resultados desde el punto de vista estético se explican por el hecho de que es el tratamiento más conservador que se puede idear: no destruye nada, no produce ninguna retracción atrófica, y las cicatrices que deja son blancas y lisas. Por su naturaleza no destructora se puede aplicar también al tejido sano, con lo cual se evita el peligro de la recidiva. El tratamiento no produce dolor y su efecto curativo es muy notable. De 640 enfermos, 1'7 por 100 abandonaron el tratamiento por el mal resultado del mismo, en 85 por 100 el éxito fué completo y en 15 por 100 se obtuvo la mejoría con tal lentitud, que debe calificarse el resultado de poco favorable. Se presentan muy pocas recidivas. En el lupus eritematoso los resultados son algo variables; en la alopecia areata, nævus maculosos, acné rosáceo, acné vulgaris y epitelioma cutáneo, se han conseguido muy buenos resultados, sobre todo si se tiene presente que se trata casi siempre de casos que no se habían podido curar con ningún otro método.

El Dr. v. Jaksch (de Praga): La luz azul produce una acción calmante y soporífera; por esta razón uso cilindros azules de cobalto para las alcobas de los enfermos. Los baños de luz incandescente no son más que baños de vapor modificados.

El Dr. Quinke (de Kiel): He de recordar mis antiguos experimentos sobre la influencia de la luz solar en los tejidos sobrevivientes, y en especial en el pus, experimentos en los que se observó un mayor consumo de materias. En la fototerapia el efecto principal es debido, sin duda alguna, á los rayos solares, que producen una mejoría, no sólo subjetiva, sino también objetiva, influyendo visiblemente en el estado general y en el cambio nutritivo.

El Dr. Rumpf (de Hamburgo): Los baños de luz incandescente tienen la ventaja de que por su temperatura poco elevada, á pesar de su eficacia, no afectan al corazón. Los enfermos de la piel toleran mucho mejor la luz de arco voltáico que no los sujetos sanos. Con dicha luz, combinada ó no con disco azul, he visto seguir un curso muy favorable á la erisipela, y también ha dado buenos resultados en algunas neuralgias.

El Dr. Hahn (de Hamburgo): El tratamiento de Finsen sólo es eficaz

realmente en las dermatosis, y sobre todo en el lupus, pero no evita las recidivas. Su acción es flogógena, no bactericida. Como en la luz voltáica sólo se trata de rayos ultravioletas, se pueden emplear electrodos de hierro como en la lámpara de Bang. Los rayos X son también muy útiles, y en muchos casos su uso debe preceder á la fototerapia de Finsen.

El Dr. Marouse (de Mannheim): He empleado la luz voltáica y la incandescente en 400 enfermos. La luz incandescente no es más que un tratamiento térmico, pero el mejor de todos para provocar el sudor de un modo rápido y seguro, aunque hay casos en que afecta al corazón. En la obesidad no influye en lo más mínimo. El arco voltáico es útil, aunque quizá tan sólo por sugestión, en las neurosis funcionales. En cambio, la fototerapia local es inútil, v. gr., en las neuralgias. La fototerapia debe ser ante todo una helioterapia. El aire es el que hace que los rayos solares ejerzan la plenitud de su influencia. Los médicos deben arrebatar la fototerapia de las manos de los intrusos.

Tratamiento allanador de la hemiplegia. — El Dr. Pablo Lazarus (de Berlín): El tratamiento allanador (*bahnungstherapie*) de la hemiplegia (y de la afasia motora), consiste en la utilización compensadora de las vías conductoras que se han conservado intactas, y en la creación de otras nuevas. Se funda en el hecho comprobado por la Anatomía y la Fisiología, de que la vía piramidal no es la única vía de conducción motora, puesto que existen otras vías de reserva que descienden á la médula por las células subcorticales, y en especial por los tálamos ópticos y los tubérculos cuadrigéminos. Además de esto, el hemisferio sano puede suplir al enfermo por medio del cordón piramidal anterior no cruzado. Todas las células ganglionares del cerebro están en conexión recíproca, directa ó indirecta, la cual se puede convertir en vía conductora por medio de ejercicios metódicos. Este allanamiento se verifica por médio de ejercicios de inervación: toda excitación motora voluntaria allana ó prepara el camino al movimiento voluntario.

Hay que distinguir el allanamiento de la vía piramidal, el de la vía de asociación, el de las comisuras, ó en su caso el cuerpo calloso. El tratamiento por medio del ejercicio debe emprenderse lo más pronto posible en cuanto haya pasado el período de reacción de la apoplejía.

Relaciones entre la respiración abdominal y la torácica. — El Dr. Gutzmam (de Berlín): En mis investigaciones, lejos de excluir en lo posible las modificaciones voluntarias de la respiración, me fijé principalmente en ellas. Me valí del neumógrafo de cinturón de Gutzmam y Oehmeke. El momento real de la inspiración y de la espiración se inscribió por medio de una disposición muy sencilla en las curvas correspondientes al tórax y al abdomen.

En las personas sanas los movimientos inspiratorios en el tórax y en el abdomen son generalmente bastante simultáneos, y lo mismo sucede con los espiratorios; el movimiento del tórax parece, por lo general, iniciarse un poco antes. En cambio, cuando se habla se inicia la espiración en el vientre, mientras el tórax todavía practica un movimiento inspiratorio que no alcanza su punto culminante hasta pasado un minuto. Por consiguiente, la influencia voluntaria de la respiración por el acto de la locución, hace que el movimiento respiratorio del tórax predomine sobre el abdominal.

En ciertos trastornos de la locución (afasia motora, sordomudez, tarta-

mudez) y en los trastornos psíquicos, la sucesión cronológica que se observa en las curvas durante la emisión de la palabra es la misma que se observa durante la respiración en reposo.

La curación del lupus eritematoso.—El Dr. Hollander (de Berlín): El lupus eritematoso se distingue del vulgar en muchos conceptos, incluso en el etiológico. Yo lo considero como una afección del aparato glandular de la piel. Desde hace años vengo curando muchos casos de esta afección, mediante un tratamiento combinado que consiste en el uso de la quinina al interior y en la aplicación de la tintura de yodo á las partes afectadas de la piel. De este modo se consiguen unas cicatrices lisas y blancas.

El Dr. Touton (de Wiesbaden): No en todos los casos es útil el tratamiento mencionado. Muchos curan, aunque lentamente, cubriendo la piel con gelatina mezclada con zinc, fomentos de agua blanca, ú otro procedimiento análogo que mantenga alejados los gérmenes de la superficie cutánea. El curso de esta enfermedad presenta grandes diferencias individuales. Además, no creo que aún esté del todo demostrado que el lupus eritematoso no tiene nada que ver con la tuberculosis.

La desificación en la terapéutica física. — El Dr. Friedlander (de Wiesbaden): La ley biológica de Pfflüger-Arndt, con las modificaciones correspondientes en el tratamiento de órganos enfermos, es tan válida para la terapéutica física como para la farmacológica. Al dosificar en terapéutica física hay que tener en cuenta que sean uniformes la intensidad, la extensión y la duración del excitante. Para obtener efectos de allanamiento ó excitantes hay que emplear en terapéutica física excitaciones breves, débiles y poco extensas, pero cuidando de que su extensión é intensidad aumenten según el grado en que esté disminuída la excitabilidad. Las acciones inhibitorias se obtienen por medio de excitaciones físicas de mucha duración y gran intensidad, aunque esta última hay que disminuirla según esté aumentada la irritabilidad. En la terapéutica inhibitoria indirecta por medio de la derivación hay que emplear irritaciones cutáneas enérgicas y de mucha duración.

Centro de la secreción salivar.—El Dr. Kohnstamm (de Konigstein): Después de cortar aquellas fibras que se separan del nervio lingual, y que, con una interrupción en el ganglio submaxilar se dirigen á la glándula de este mismo nombre, se observó en el perro la degeneración de Nissl en un grupo de células, para el que se ha propuesto la denominación de «núcleo salivatorio», porque deben ser considerados como células de origen de las fibras «precelulares» que terminan en el ganglio submaxilar.

Empiezan poco antes del polo caudal del núcleo facial y terminan en el extremo frontal del núcleo de los músculos masticadores. El número no muy grande de estas células está esparcido en un área extensa, la cual está limitada hacia el plano medio por el rafe, lateralmente por el núcleo de Deiter, y hacia el lado dorsal por el suelo del ventrículo. La mayor parte de las células están situadas próximamente en el centro de la rama más próxima al plano medio de todas las ramas ascendentes de la raíz facial y, por lo tanto, en medio del núcleo reticular lateral.

El núcleo salivatorio está encargado de la inervación de la glándula submaxilar. La causa del corto número de sus células consiste en un principio

que también tiene aplicación al núcleo del diafragma y al de los músculos oculares: «El número de células de un núcleo no depende de la magnitud absoluta del trabajo, sino de su diferenciación».

Con esto se han demostrado por primera vez, y de un modo directo, las células de origen de los nervios viscerales precelulares, viéndose que están conformados con arreglo al tipo de las raíces anteriores.

Lesiones de la médula espinal en el pénfigo y patogenia de estas afecciones.— El Dr. v. Schröter, joven (de Viena): La enfermedad se inició de pronto en una mujer de cincuenta y nueve años con afecciones de la mucosa, para recorrer todos los períodos del pénfigo hasta llegar al cuadro grave del pénfigo foliáceo. Muerte á los tres meses. En toda la médula espinal se encuentra un aumento de las células ependimarias alrededor del conducto central, habiendo puntos en que está dislocado dicho conducto y relajado el tejido. En la parte superior de la porción dorsal de la médula se encontraron fisuras con hemorragias capilares, sobre todo en la zona de la substancia gris.

El Dr. v. Leube (de Wurzburgo): No hace mucho tiempo he encontrado una prueba indudable del origen neurógeno del pénfigo en el caso de un niño de cinco años y medio afectado de tifus, que en la segunda semana de enfermedad presentó de pronto y simultáneamente una afasia motora y un pénfigo con grandes ampollas en la boca, oído, etc. Ambos síntomas desaparecieron también simultáneamente á los ocho días.

Antagonismo entre el ácido carbónico y la tisis pulmonar; tratamiento fundado en este hecho. — El Dr. Weber (de St. Johann): La tuberculosis pulmonar empieza casi siempre por los vértices del pulmón. Esta predisposición proviene de la escasez de la sangre venosa, cuya fuerza bactericida es, según Hamburger, mucho mayor que la de la arterial. Gracias á dicha propiedad, se cura la tuberculosis ósea con las estancaciones venosas del método de Bier. Las afecciones cardíacas que determinan hiperemia venosa confieren una gran inmunidad contra la invasión de los bacilos tuberculosos. Durante el embarazo se detiene la marcha de la tisis pulmonar porque el feto aporta su ácido carbónico como agente curativo al pulmón de la madre. La mitad de los diabéticos sucumben de tisis porque la excreción de azúcar es causa de que sea menor la producción de ácido carbónico. La asimilación de grasa y la producción de este ácido son hechos inseparables. La demacración proviene de una formación deficiente de ácido carbónico, y con razón se la considera como un síntoma precoz de la tuberculosis pulmonar. El principio de la curación se revela primeramente por asimilación de grasa. De aquí que cuando se le proporciona al organismo un principio fácilmente combustible (levulosa), no solo aumenta la asimilación de la grasa, sino también la producción de ácido carbónico. La levulosa obra casi como un específico en la tuberculosis pulmonar. También los éxitos de los sanatorios son debidos, por la mayor actividad de la nutrición, al aumento en el aforo de ácido carbónico. Igualmente las inyecciones subcutáneas de carburos de hidrógeno (parafina líquida purísima) aumentan la producción de ácido carbónico.

El Dr. Rosenfeld (de Breslavia): Creo que las ideas expuestas carecen de suficiente base teórica y tampoco están confirmadas por la práctica.

Los hipnóticos y su acción fisiológica.—Los Dres. Koch y Fuchs (de Aquisgran): El hidrato de cloral debe una parte no pequeña de la rapidez y segu-

ridad de su acción á su fácil solubilidad, por más que ésta tiene también sus peligros para el uso terapéutico de dicha substancia. Si se trata de evitarlos por medio de una acción gradual, procurando que el hidrato de cloral se desprenda en cantidades moleculares, sólo podrá verificarse esto por medio de un producto de condensación que en el interior del organismo se desdobla en sus componentes. Un factor que se combine de ese modo lo tenemos en el hidrato de amileno con el que forma el hidrato de cloral, en circunstancias adecuadas el dimetiletilcarbinolcloral, que por abreviar se llama dormiol. Si se comparan en el conejo los efectos del dormiol, del hidrato de cloral y de una mezcla mecánica de cloral y de hidrato de amileno, se ve que la acción hipnótica se presenta más tarde con el dormiol.

Investigaciones experimentales sobre la influencia de los cuerpos albuminoideos en la coagulación de la sangre.—El Dr. Brat (de Berlín): He hecho varios experimentos con distintos principios albuminoideos, con la gelatina y con la gelatosa gluton. De todos ellos, y han sido muy numerosos, deduzco que los cuerpos albuminoideos, por los productos que provienen de su desdoblamiento fermentativo ó ácido hidrolítico, y muy especialmente la gelatina y lo mismo el gluton, obran todos ellos en igual sentido, ó sea alargando el tiempo que dura la coagulación de la sangre. Debo insistir sobre todo, en que es errónea la creencia de que las inyecciones de gelatina disminuyen dicho tiempo. La única acción de todos estos cuerpos consiste según la dosis empleada en dificultar con más ó menos energía la coagulación de la sangre. En algunos casos se les puede emplear con un fin terapéutico á dosis tales que modifiquen tan poco el tiempo en que se verifica la coagulación, que de ello no resulte daño para el organismo, con lo cual también influyen en la forma de dicha coagulación. La contracción deficiente del coágulo sanguíneo puede ser causa en algún caso de que se adhiera con más fuerza á las paredes vasculares, con lo cual puede suceder en determinadas circunstancias, que á pesar de haber disminuído la coagulabilidad de la sangre, se forme un trombo más considerable y más fuerte que en condiciones normales. En apoyo de mi opinión invocaré las ideas de Alejandro Schmidt y los experimentos comparativos que he hecho con gluton y sin haber usado esta substancia. —(*Wiener Klinische Wochenschrift*). — R. del Valle.

(Continuará).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 13 *de Junio de* 1902.

Operación de cáncer lingual. — El Dr. Gersuny: Aquí presento un sujeto de cuarenta y cuatro años, al que he operado varias veces de cáncer de la lengua. En la primera operación (4 de abril de 1901) extirpé por medio de una incisión cuneiforme el cáncer que radicaba en la punta de la lengua, y al mismo tiempo extirpé también los infartos submaxilares que había en ambos lados. En la segunda operación (septiembre de 1901), por haberse presentado una recidiva local, extirpé casi toda la lengua y una parte de la

mucosa del suelo de la boca. También sobrevino recidiva que convirtió toda la cavidad bucal en una úlcera resquebrajada y muy mal oliente, cuyo límite posterior confinaba con la epiglotis y el anterior por la apófisis alveolar de la mandíbula, que también estaba interesada por la ulceración y deshecha en parte por la misma. La palabra era casi incomprensible.

Como no había ningún infarto, todavía parecía justificada la operación para librar al menos al enfermo del olor fétido de su boca. La operación se practicó el 25 de abril de 1902. Se dividió la piel en la región submaxilar, siguiendo la antigua cicatriz que se extendía desde el mentón hacia abajo en una longitud de cinco centímetros, llegando al centro de una cicatriz transversal que se dirigía desde un ángulo de la mandíbula al opuesto. Se disecaron las partes blandas del mentón, el labio inferior y el carrillo y después se serró el hueso junto al borde anterior de los dos maseteros. Se disecó la piel algo más hasta llegar al hioides y se completó la extirpación descubriendo la cara anterior y el borde superior del hioides, único punto por donde todavía estaba adherido el neoplasma. Se atrajo el hioides hacia adelante, por medio de suturas se aproximaron sus cuernos á los restos del maxilar y se cerró la herida cutánea.

Después de la operación se vió sobresalir la epiglotis por encima del hioides y á través de la abertura bucal; el suelo de la boca sólo lo constituye ahora la piel de la región submaxilar. Los primeros días tuvo que alimentarse el enfermo por medio de la sonda esofágica, pero pronto pudo beber sin ella y hasta tragar alimentos de consistencia de papilla. Varias hemorragias secundarias, procedentes de las arterias de la proximidad del hioides, exigieron ligaduras mediatas y, por último, se consiguió la convalecencia sin ningún incidente.

Han transcurrido siete semanas y el sujeto se halla en buen estado de nutrición. La retracción no muy acentuada de la región mentoniana ha modificado un poco la forma de la cara. Para evitar que se pronuncie dicha retracción se han practicado en estos últimos días inyecciones de parafina en la región mentoniana. Con una pieza construída por el dentista Kronfeld se ocupa el suelo de la boca. El enfermo habla bastante bien. Las vocales las pronuncia muy claramente y algunas consonantes; otras, en cambio, como *l*, *d* y *n*, suenan todas ellas lo mismo. Lo único que molesta al paciente es que al hablar se le sale algo de saliva por la boca.

El Dr. Roberto Kronfeld: En este caso ha sido muy difícil la construcción y colocación de la pieza artificial, porque de la mandíbula inferior sólo quedaban las partes posteriores de las ramas ascendentes y no había nada tampoco ni de la lengua ni de las demás partes del suelo de la boca. Además, los carrillos y los labios presentaban una gran tendencia á retraerse y reducirse, con lo cual se estrechaba el acceso á la cavidad de la boca.

Lupus tratado con la resorcina.—El Dr. Ehrmann: Aquí presento un hombre de cuarenta años que solicitó mi asistencia por padecer *lupus tumidus* en ambos carrillos, nariz, orejas y labios, y que ahora ha vuelto al ambulatorio por haber contraído la sífilis hace poco tiempo. Lo traté por medio de la resorcina, pero sólo en los meses de invierno (porque trabaja por el verano), de los años 1892 á 96.

El método consiste en aplicar cada doce horas una pasta de resorcina al

85 por 100, con lo cual las capas más superficiales del lupus se mortifican convirtiéndose en una masa gris blanquecina que se separa con un lienzo. Si la mortificación profundiza más las masas, se separan con la cucharilla. Estas maniobras, y lo mismo la mortificación, no producen dolor, ventaja grandísima comparada con otros tratamientos por el arsénico, el ácido pirogálico, etc. De cuando en cuando se emplea, durante algunos días, un ungüento boricado, para que se forme epidermis y apreciar los progresos del tratamiento. De este modo desapareció la masa luposa, quedando una cicatriz blanca que no estrecha la boca, y no habiéndose presentado ninguna recidiva desde 1896. Sólo quedan en el borde de la cicatriz dos nodulitos menores que una lenteja que se extirparán pronto. El efecto obtenido puede competir con el de los rayos X y tiene la ventaja de que no necesita ningún aparato.

Notables cambios de color en la piel y en el pelo — El Dr. E. Spiegler: El sujeto que aquí presento ha padecido hace dos meses de una erisipela de la cara, del cuero cabelludo limítrofe y de los antebrazos. De sus resultas, la cara y los antebrazos tienen ahora un color pardo difuso con algunas zonas más claras. Además, algunos pelos de las cejas están blancos, y en la cabeza hay varios mechones de pelos que tienen en su base una porción de unos 2 centímetros completamente blanca.

Esta circunstancia nos permite precisar la época en que se produjo el cambio de color en el pelo. Sabemos por Pincus que según la edad y los individuos, el pelo crece de 10 á 15 milímetros por mes. Resulta, por lo tanto, que el proceso debió iniciarse hace dos meses, ó sea en la época de la erisipela, y no es aventurado suponer que hay relación entre el cambio de color del pelo y este último proceso, cuanto más que no son raros hechos análogos. El admitir que la canicie proviene de la penetración de aire en el pelo, como se ha demostrado en algunos casos de canicie súbita, no nos explica cómo en el caso actual la canicie está limitada á una parte del pelo y se ha producido en un plazo bien marcado. Debe tratarse de una alteración química en la formación del pigmento que ha sido producida por el proceso inflamatorio de la piel.

El Dr. Ehermann: Yo también creo que en este caso hay relación indudable entre el encanecimiento del pelo y el leucoderma de las manos, y recordaré con este motivo dos casos de leucoderma sifilítico observados por Finger, en que también se presentó canicie. En el quinto mes de la vida embrionaria, aparecen en la superficie de la papila del pelo, no pigmentado todavía, células en forma de piedra de afilar que producen el primer pigmento, las cuales penetran más tarde entre las células epiteliales de la matriz del pelo, entran en conexión con ellas y les ceden pigmento. Como de éstas se forma el tallo del pelo, que no se modifica después, viene á contener más pigmento que las mismas células que se lo han suministrado.

En ciertos casos patológicos, como cuando se encanece el pelo en el leucoderma, y en el vitíligo, las células se destruyen ó se alteran en su función y se apelotonan. Probablemente ha sucedido lo mismo en el caso actual (en el leucoderma sifilítico el hecho es indudable). De aquí que la parte del pelo que se ha formado antes de la enfermedad sea obscura y, en cambio, la que se formó durante la erisipela haya nacido sin pigmento.

Por lo demás, los productores de pigmento ó melanoblastos aparecen al

principio en el mesodermo, observándose este hecho en todos los animales desde los peces hasta el hombre.

El Dr. Spiegler: He hablado de un quimismo modificado en la formación del pigmento, y no de una falta de éste, porque falta por probar que en las canas no se trata de un pigmento blanco.

El Dr. Ehrmann: Podrá tratarse de un pigmento blanco; pero hasta ahora no se ha encontrado ni en el leucoderma ni en las canas.

Los granitos de pigmento no son cuerpos simples, sino que están constituídos á lo menos por una substancia fundamental incolora en la que está disuelto el pigmento amarilloverdoso, así que los corpúsculos tratados con el azul de metileno toman un color verde esmeralda, porque la substancia fundamental no se tiñe, y la amarilloverdosa del pigmento da con el azul dicho color. En todos los análisis químicos de pigmentos del pelo del hombre y de los animales, no se ha demostrado que el pigmento obtenido y analizado químicamente contiene sólo la materia colorante y no contiene además la substancia fundamental del granulito. La hipótesis de Spiegler sólo podría estar justificada en este último caso.

El Dr. Spiegler: En una sesión próxima espero poder demostrar la existencia del «pigmento blanco» y en grandes cantidades.

(*Wiener Klinische Wochenschrift*) — R. del Valle.

PERIÓDICOS

El formol en el cancroide.—En los casos de cancroide superficial de la cara, el Dr. J. M. C. Feely emplea el formol de la manera siguiente: Anestesiada la zona enferma por la cocaína, y después de cerrar el enfermo los ojos para que no les irrite los vapores del formol, aplica éste sobre la herida y después coloca una compresa de muselina y encima un trozo de hule de seda para evitar que se evapore el medicamento. Si los dolores, como acontece de ordinario, son fuertes, puede emplearse para calmarlos una inyección de morfina. Cuando se separa el apósito á las veinticuatro horas, se encuentran los tejidos cancroideos convertidos en una escara negruzca que, al desprenderse, deja una pérdida de substancia que tarda poco en cicatrizar. Si queda algún tejido sospechoso, se toca con una mezcla á partes iguales de formol y glicerina ó de formol solo. El edema palpebral que suelen producir los vapores de cancroide tardan poco en desaparecer. Si se trata de un cancroide profundo, se le raspa primero, y una vez contenida la hemorragia, se toca la herida con formol y glicerinado.

(*Medical Press and circular*).—F. Toledo.

Tratamiento de las hemorragias post partum. — Las hemorragias uterinas después del alumbramiento son debidas á la inercia del útero total ó parcial; en este último caso, las zonas de reblandecimiento están localizadas de ordinario en la cara posterior del órgano. Cuando después del alumbramiento sobreviene una hemorragia, si al palpar la matriz se la encuentra de dureza le-

fiosa, puede afirmarse que no hay inercia total; en este caso, antes de emplear una ducha caliente de 48°, puede recurrirse á este otro procedimiento; el médico se coloca á la izquierda de la parida, introduce la punta de los cuatro dedos reunidos de la mano derecha detrás del útero, entre este órgano y la columna vertebral, deprimiendo la pared del abdomen hacia el ombligo; la mano debe dirigirse en sentido paralelo al eje del estrecho superior y siguiendo la pared uterina posterior. Cuando se llega al anillo de Brandl, se comprime la porción contráctil del útero contra el pubis ó contra la mano izquierda aplicada de plano sobre el abdomen, por delante de dicho órgano, apoyando su borde cubital sobre el vértice del pubis, de modo que prolonga el plano retropubiano y presenta una superficie de apoyo sólido adaptable á la forma del útero.

Este método tiene la ventaja de permitir apreciar todos los detalles de resistencia de la pared uterina, generalizar la compresión ó limitarla á los puntos inertes. Además, no lesiona el útero y evita todo accidente, todo peligro de infección. Puede emplearse hasta que se usa ó produce sus efectos otro tratamiento (ergotina, inyección caliente, inyección de suero artificial).

(*Gaz. hebd. de med. et de chirurgie*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de la colelitiasis. — En los intervalos de los cólicos hepáticos, el Dr. L. Knapp (*Prager Med. Woch.*) recomienda el tratamiento siguiente:

Para favorecer la expulsión de las concreciones biliares:

Calomelanos al vapor		50 centígramos.
Podofilino	aa	25 —
Evonimina		
Extracto de belladona		15 —
Regalíz en polvo		c. s.

Para 10 píldoras. Una cada noche.

A los cinco días se deja descansar al enfermo; algún tiempo después se le hacen tomar de la misma manera las cinco partes restantes. Si es necesario, se repite el tratamiento una ó dos veces á intervalos de quince días.

En caso de ictericia por angiocolitis ó colecistitis:

Hiel de buey desecada		10 gramos.
Goma tragacanto	aa	15 decígramos.
Extracto de genciana		
— de belladona		2 —
Agua destilada		c. s.

Para 100 píldoras. Se toman cinco antes de las dos principales comidas.

(*Bull. medical*).—F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SUBORDINACIÓN PATOGÉNICA DE LAS DERMATOSES A LAS DISPEPSIAS

POR EL DOCTOR

D. NICOLÁS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

De la Real Academia de Medicina de Madrid

La ineficacia terapéutica de los ungüentos y de las pomadas en ciertas alteraciones patológicas de la piel, indujo á los dermatólogos modernos, deseosos de curar los enfermos á sus cuidados confiados, á prescribir un régimen alimenticio determinado, como base de tratamiento de este género de lesiones; y, los favorables resultados con tal práctica alcanzados, sirvieron de punto inicial para la realización de investigaciones sobre la influencia que pudieran ejercer los desarreglos gástricos en la patogenesis de las dermatoses; maridaje morboso que ya había sido sospechado y enunciado por la observación clínica de muy remotos tiempos.

Aunque desde los primeros albores de la medicina se consideró á las enfermedades de la piel como eflorescencias cuyas raíces arraigaban en el interior del organismo, sin embargo, la correlación entre las dermatoses y las gastropatías, no se encuentra expresamente establecida hasta el último tercio del siglo XVIII, en cuya época Lorry (1) escribió lo que á continuación traduzco del texto latino:

«El estómago tiene una influencia íntima, quizá la principal con la piel; pues, no es cosa extraña, ni rara, que la irritación del cuerpo se transmita ó propague dentro del estómago, y en seguida se vicie y enferme la piel con pústulas ó pápulas, ó al menos acometa

(1) LORRY. *Tractatus de morbis cutaneis*, págs. 26-51. Paris, 1777.

un gran prurito, según han visto los médicos acontecer más de una vez».

Patrocinadas más tarde estas ideas por Alibert (1), Biett (2), Gibert (3), y, en una palabra, por la casi totalidad de los dermatólogos de la segunda mitad del siglo pasado, fueron utilizadas, como base racional, para instituir y realzar la importancia del régimen alimenticio en el tratamiento de las enfermedades cutáneas. La observación clínica, confirmando cada día más la frecuente coincidencia entre las perturbaciones funcionales del tubo gastro-intestinal y de la piel, revolucionó la antigua concepción de las dermatoses, perteneciendo á Besnier la primacía en la consolidación de tales innovaciones. En su célebre comunicación sobre los *prurigos*, dirigida al Congreso de Londres de 1896, afirmó que éstos no son más que *toxidermias* ó *autotoxidermias* temporales, intermitentes, remitentes ó permanentes, cuyo síntoma inicial lo constituye el prurito, no correspondiendo á las erupciones papulosas, liquenoideas ó eczematosas de que se acompaña, otro carácter que el de un accidente sobreañadido y accesorio, determinado por las excitaciones exteriores, sobre todo, el rascado. El prurito en los prurigos, anterior y preparatorio de las lesiones, tiene su origen en un principio irritante que, producido en ó acarreado por la sangre, impresiona los focos sensitivos del eje nervioso ó sus papilas periféricas, y, coetánea ó subsiguientemente á la sensación de picazón que ocasiona, perturba la circulación y la nutrición locales; condiciones generatrices de la serie de lesiones secundarias francamente parenquimatosas antes enumeradas.

A esta concepción patogénica de uno de los grupos más importantes de la dermatología, sólo le faltaba apoyar en pruebas demostrativas el origen y la naturaleza del mencionado principio irritante; labor que, acometida por A. Robin en colaboración de Leredde (4), dió por resultado el descubrimiento de que la etiología de un gran número de dermatoses radica en los trastornos de las funciones gástricas, y en particular, en el desarrollo de las fermentaciones digestivas viciosas; conclusión que los ulteriores estudios de Mi-

(1) Alibert. *Précis théorique et practique sur les maladies de la peau.* Paris, 1806.

(2) Biett. Art. *Acné* del Dictionnaire de méd. Paris, 1832.

(3) Gibert. *Manuel des maladies spéciales de la peau.* Paris, 1834.

(4) A. Robin et Leredde. *Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatoses. Pathogénie et indications thérapeutiques.* (Bull. gén. de thérapeutique, t. CXXXVIII, 12 livr., 1899).

tour (1), Saison (2), Ayrignac (3) y Meynet (4) han sancionado por completo, evidenciando, sin género de duda alguna, que, como asevera Gaucher (5), «la influencia de la alteración de las vías digestivas es predominante en la patogenia de las dermatoses», por lo cual hay necesidad de que el dermatólogo no se concrete á especializarse en el sentido restrictivo de la palabra, y, extendiéndose más allá de los estrechos límites del localicismo de la escuela de Viena, acepte con la escuela Saint-Louis de París, que las enfermedades de la piel no exclusivamente responden á causas externas, sino que son en esencia tributarias de las condiciones generales del organismo, cuya indagación debe procurar, á fin de eximirse de cometer los más graves errores desde el punto de vista terapéutico.

Abrigando la persuasión de que toda estadística puramente aritmética no alcanza el valor de prueba irrecusable, y «es, según la frase de Forget (citado por Bernheim) (6), una muchacha complaciente que se entrega al primero que la solicita», renuncio á sumar los muchos centenares de casos sometidos á la exploración clínica del tubo digestivo y al análisis químico del contenido estomacal, que, practicados en sujetos afectados de *prurito*, *prurigo*, *liquen simple agudo*, *eczema*, *acné*, *urticaria*, *forunculosis recidivante*, *dermatitis exfoliatriz ó escarlatiforme*, *y seborrea escamosa del cuero cabelludo*, han demostrado la insistente concomitancia de una anormalidad del quimismo gástrico, aun cuando los enfermos no acusasen ningún síntoma que pudiera referirse á una gastropatía. La frecuencia de esta latencia del estado dispépsico, que no se revela al examen semeiológico por ningún signo característico de trastornos gastrointestinales, impone, como necesidad clínica, de importancia teórica y de trascendencia práctica, investigar, por medio del análisis del líquido gástrico, el funcionamiento químico del estómago, que, en tales casos, descubrirá, muy repetidas veces, la presencia abun-

(1) Mitour *Étude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné*. Thèse du doct. Paris, 1896.

(2) Saison *Les dermatoses considérées dans leurs rapports avec las dyspepsies*. Thèse du doct Paris, 1901

(3) Ayrignac. *Étude du chimisme gastrique dans les dermatoses. Rapport du chimisme urinaire et du chimisme gastrique*. Thèse du doct. Paris, 1901.

(4) Meynet. *Contribution à l'étude des troubles gastriques dans l'eczema*. Thèse du doct. Lyon, 1901.

(5) Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1895.

(6) Bernheim. *Lecciones de Clínica médica*. Trad. del Dr. Sánchez Ocaña, pág. 111. Madrid, 1879.

dante de ácidos de fermentación desarrollados en el medio estomacal durante la elaboración digestiva.

Sin propósito de extenderme en digresiones á todas luces inoportunas del lugar y la ocasión, no puedo, sin embargo, pasar en silencio algún conciso comentario sobre el concepto doctrinal que encierra la mencionada frecuencia del estado latente de los desarreglos gástricos; hecho que presupone que las gastropatías de que se derivan las dermatoses no pertenecen al grupo de las de lesión estructural, sino que son patrimonio casi exclusivo de las dispepsias, enfermedades puramente funcionales. Apóstol convencido, y si no el único, al menos uno de los primeros (1) en revindicar la autonomía nosológica de la dispepsia, desde una época en que imperaba con omnímodo dominio el organicismo secular, que colocaba á toda entidad morbosa en indispensable subordinación de la lesión material de los órganos, con lo cual se había á aquella borrado de la gastropatología, reemplazándola por la *irritación gástrica* ó flegmasia atenuada y superficial de la mucosa de Leven (2) y Seure (3), el *catarro crónico del estómago* de Leube (4) y de Ewald (5), la *gastrectasia* de Bouchard (6) ó, en fin, las múltiples variedades histológicas de la *gastritis* de Hayem (7), declaro, sin veladuras retóricas ni temor de que se me inculpe pedantesca inmodestia, que me complace sobremanera haber profesado é intentado propagar tal criterio, porque este es el más resistente valladar contra la expansión contemporánea del peligroso escepticismo terapéutico y, porque desde fecha algo más reciente,

(1) R. y Abaytúa. *La dispepsia, su semeiótica química y su terapéutica.* Conferencias dadas en la Acad. Méd. quir. españ , págs. 7-9. Madrid, 1891.

(2) Leven. *Tratado práctico de las enfermedades del estómago.* Trad. del Dr. Tolosa Latour. Madrid, 1880.

(3) Seure. *Dyspepsie et dyspeptiques.* Paris, 1895.

(4) Leube. *Enfermedades del estómago y de los intestinos.* en el Trat. enciel. de patol. médica y de terap de Ziemssen. Trad. del Dr. Vallina, t. XI, Madrid, 1889.

(5) Ewald. *Clínica de las enfermedades de las vías digestivas.* Trad. del Dr. Moreno, t. III. Madrid, 1891.

(6) Bouchard. *Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac.* (Bull. de la Soc. méd. des Hôp., juin, 1884). — *Leçons sur les autointoxications dans les maladies.* Paris, 1887.

(7) Hayem. *Observations à propos de la gastrite chronique.* (Soc. méd. des Hôp., sesión del 19 mayo 1893). — *Leçons de thérapeutique. Les medications.* 4e et dernier serie, págs 283-306. Paris, 1893.— *Anatomie pathologique de la gastrite hyperpepsique.* (Bull méd. n.° del 21 enero 1894). — *Classement des varietés anatom. des gastrites.* (Soc. méd. des Hôp., sesión del 24 julio 1896).— Art. *Gastrites* en el Traité de méd. et de thérap., publié sous la direc. de Brouardel et Gilbert. Paris, 1897.

viene adquiriendo robustez y domiciliación en la ciencia, por la notoriamente merecida autoridad de A. Robin (1), á quien con satisfacción rindo homenaje, trasladando aquí *ad pedem literam* algunos de los párrafos con que en cercana ocasión (2) expone lo que llama *neovitalismo fisiológico y terapéutica funcional*, que corrobora lo que he sustentado bajo la denominación de *esencialidad de la dispepsia* (3).

«Inspirándose, para el estudio de la patología, en la célebre fórmula fisiológica de Darwin «la función es la que crea al órgano», el neovitalismo observa los hechos que le demuestran que la enfermedad aparece anteriormente á la lesión, que es funcional antes de ser material, que la lesión no constituye más que una etapa, un incidente ó un residuo de la enfermedad, ó todavía, que representa la expresión de un esfuerzo reaccional en contra de la causa morbígena.

»Así opone lo que pudiera apellidarse organicismo funcional al organicismo anatómico; introduce en la semeiología el estudio de los cambios orgánicos que permite reconocer la existencia de trastornos todavía latentes de la función, diagnosticar la enfermedad en un período en donde escapa á los antiguos medios de investigación, y penetrar el secreto de las predisposiciones morbosas, que se designan, sin definirlas, con los vagos vocablos de terreno ó de idiosincrasia. Por el pacienzudo estudio de los hechos y la observación más esclarecida y más profunda de las enfermedades, ayudada de la experimentación, según el método de Cl. Bernard, comprende que el estado patológico no es otra cosa que una desviación del estado fisiológico, é inscribe en el frontispicio de su edificio esta ley llena de esperanza: «Es la perturbación de la función lo que crea la lesión del órgano».

»Esta ley rebosa, en efecto, plenitud de esperanza, porque opone la terapéutica de las reacciones celulares, y digamos resueltamente la palabra, la terapéutica vital que puede, según el sentido del trastorno funcional, exaltarlo, apaciguarlo ó regularizarlo, y obviar el desequilibrio orgánico precursor de la lesión, tendiendo, cuando ésta

(1) A. Robin. *Thérapeutique générale des dyspepsies.* Bull. gén. de thérapeutique. t. CXXIX, 12ª livraison, págs. 531-33, 1895. — Art. *Traitement des dyspepsies* en el Traité de thérap. appliquée, fasc. XII, pág. 188. Paris, 1897.— *Les maladies de l'estomac. Diagnostic et traitement*, págs. 97-100. Paris, 1900.

(2) A. Robin. *La thérapeutique fonctionnelle.* (Lettre ouverte a M. Huchard). [Jour. des practiciens, nº del 1.º febrero 1902].

(3) R. y Abaytúa. *Conceptos patogénico y nosológico de la dispepsia* Discurso inaug. de la Acad Méd. quir. Españ., págs. 39-43 Madrid, 1896.

está constituída, á influenciar la vitalidad general ó las funciones de los elementos anatómicos lesionados. Esta terapéutica, verdaderamente fisiológica, va también en contra de las medicaciones falaces dimanadas del organicismo anatómico, y cuyas incertidumbres han legitimado tantos desalientos».

Ciertamente, aceptando, por ejemplo, con Hayem (l. c.), que la dispepsia constituye la expresión sintomática de la lesión histológica de la mucosa estomacal, esta noción de gastritis, revista, desde el punto de vista de la anatomía patológica pura, toda cuanta suprema importancia quiera otorgársela, no reditúa ningún dato nuevo para el tratamiento; puesto que, careciendo la terapéutica de medios conducentes á la corrección ó reparación de las lesiones de las glándulas clorhidropépticas, lo sumo que de semejante noción cabe esperar, es la demostración palmaria del trascendental interés que en sí entraña el precaver las irritaciones estemporáneas del estómago, con la prescripción de fármacos capaces de suscitar acciones tópicas de la mencionada índole. Además, la clínica enseña, según sensatamente advierte A. Mathieu: 1.°, que la intensidad del cuadro morboso porque se traduce la dispepsia no ostenta en absoluto ningún paralelismo con la intensidad de la gastritis crónica parenquimatosa ó intersticial; 2.°, que la gastritis crónica evoluciona frecuentemente con silenciosa latencia, sea cualquiera su modalidad anatómica y su cronicidad; y 3.°, que la desaparición casi completa de las propiedades químicas de la secreción estomacal, por atrofia glandular progresiva, no repercute de modo apreciable sobre la nutrición general, siempre que la motricidad gástrica, por conservar indemne su energía, prevenga el éxtasis gástrico, y siempre que la inalterabilidad anatomofisiológica del intestino y de sus anexos, hígado y páncreas, permitan complementar la deficiente elaboración digestiva estomacal. No es, pues, afirmación nada aventurada, repetir con Mehlem (1) que «la gastritis crónica, considerada otras veces como una enfermedad muy extendida, ó mejor dicho, como un diagnóstico frecuentemente hecho, constituía un amplio recipiente en donde se vertía todo cuanto aparecía dudoso en el dominio de la gastropatología. Pero, desde que las estadísticas recientes han demostrado que no hay más de siete ú ocho casos de catarro crónico

(1) A. Mathieu. *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, pág. 250 Paris, 1901.

(2) Mehlem. *Les principes du traitement dietetique des maladies de l'estomac.* (Rev. med. de la Suisse Romande, n° 7, pág. 560, juillet 1902).

por cada centena de enfermos del estómago, debemos mostrarnos algo más cautelosos en la emisión de tal diagnóstico».

El estado de latencia, motivo de la precedente digresión, «que no será, como dice Huchard (1), del agrado de todo el mundo, ni de algunos grandes sabios que no pueden concebir una enfermedad sin lesión», no representa un fenómeno de patogenesis desconocida, sino al contrario, claramente inteligible, según se deducirá de los datos que á continuación expongo en compendiado sumario.

Bajo la influencia de determinadas condiciones morbosas —, modificaciones secretorias, de acidez, de abundancia de líquidos, de moco, de estancamiento ó retención de la pulpa quimosa — las fermentaciones fisiológicas ó pépsicas del estómago, pueden trastornarse profundamente. La masa alimenticia mal ó incompletamente elaborada, en razón de la defectuosidad de las funciones normales, queda abandonada á la intercurrencia de diversas acciones extrañas, que á favor del estado patológico, despliegan su actividad en el seno de un terreno favorable. Resultantes, pues, de la viciación del proceso digestivo, varian con la naturaleza de las substancias ingeridas y la del agente provocador de su desenvolvimiento — levaduras, fermentos, bacilos existentes en el estómago—. Estas fermentaciones anormales, consentidas por la alteración en la composición química y en las propiedades físicas del contenido visceral, al par que, como condición fundamental, por el retardo en la evacuación de éste en el duodeno, encuentran en la mayoría de las gastropatías las mencionadas condiciones facilitadoras para su desarrollo, y así, lejos de mostrarse como una entidad nosológica concreta, son comunes al curso de cualquier enfermedad estomacal, en la que se ingertan secundariamente y á cuya sintomatología adicionan la que ellas de por sí desenvuelven.

En el estado hígido la cavidad gástrica puede albergar tan crecida variedad de microorganismos, que Coyon (2) ha diferenciado, mediante los cultivos puros, más de treinta formas diversas, y Abelous (3), ha conseguido aislar, extraídos de su propio estómago, hasta catorce géneros distintos de saprofitos, sin contar los bacilos láctico y butírico de acción química bien definida, ni incluir las es-

(1) H. Huchard. *La thérapeutique. Ce qu'elle doit être.* (Journ. des practiciens, núm. del 19 abril, pág. 247, 1902).

(2) Coyon. *Flore microbienne de l'estomac. Fermentations gastriques.* Thèse du doct., pág. 22. Paris, 1900.

(3) Abelous. *Recherches sur les microbes de l'estomac à l'état normal.* Thèse du doct., Montpellier, 1889.

pecies de los grupos de las sarcinas y de las levaduras. Las substancias alimenticias más ó menos transformadas en peptonas y en glucosas, se ofrecen á todos ellos como un substracto fermentescible de muy abonada aptitud para su proliferación y desarrollo; pero la integridad del conjunto funcional del órgano, impide toda pululación cuantiosa y toda acción nociva de dichos fermentos figurados. Una perturbación cualquiera en este funcionalismo fisiológico, especialmente si consiste en el decaimiento de la actividad motriz, da lugar á la ruptura del freno contentivo de la vegetación de una ó varias especies bacterianas, y entonces, se producen fenómenos análogos á las fermentaciones realizadas *in vitro* por los mismos organismos sobre las mismas substancias. *A priori* estas fermentaciones viciosas intraestomacales, podrían considerarse múltiples y dependientes de la acción simultánea ó sucesiva de numerosos gérmenes sobre las materias existentes ó sobre los productos de su metamorfosis anterior, pero, en el realismo de la clínica, algunas de estas fermentaciones aparecen predominantes, y generalmente, cuando se reunen condiciones análogas, es casi corriente descubrir una misma fermentación que, de ordinario, queda incluída dentro de una de las tres siguientes clases: las *fermentaciones ácidas*—láctica, butírica, acética —, la *fermentación alcohólica* y la *fermentación alcalina* ó *pútrida*, de entre las cuales, la primera, en su variedad láctica, es la que con mucha mayor frecuencia se observa en los casos que sirven de asunto del presente estudio.

Casi hasta los actuales momentos ha venido admitiéndose con Ewald y Boas (1) tres períodos en la digestión normal del estómago; el primero, llamado fase láctica, se caracteriza por la presencia del ácido láctico engendrado por la fermentación del pan de que se compone la comida de prueba de ambos autores, dura treinta minutos, y la acidez no excede de 0'1 á 0'3 por 1000; la segunda etapa denominada intermedia, comienza con la aparición del ácido clorhídrico segregado por las células de revestimiento de las glándulas tubulares, y se individualiza por el aumento progresivo de la acidez mineral y el decrecimiento rápido, hasta desaparición total de la acidez orgánica; el tercero y último estadio, designado con el nombre de fase clorhídrica, se establece á la hora después de ingerida la mentada comida de prueba, y se manifiesta por la existencia exclusiva del ácido clorhídrico en la pulpa estomacal, hasta la expulsión

(1) Ewald y Boas. *Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Verdaung.* (Arch. f. pathol. Anat. u. physiol., t. CVI, n.° 2, 1886).

de ésta en el duodeno. Esta división del proceso digestivo gástrico, ha sido hoy abandonada, en atención á que el ácido láctico no desempeña en la actividad fisiológica del estómago más que un papel meramente contingente, extraño á la función secretora de la víscera, y sin otra significación que la de ser un producto de la fermentación que se desarrolla á expensas de los hidratos de carbono, bajo la influencia de hongos fisíparos — *bacterium lacticum* —; tanto que, si á imitación de Boas (1), se prescribe como comida de prueba una sopa de harina de avena mondada, el más delicado análisis químico no logra evidenciar dicho ácido en ningún momento de la digestión estomacal. La administración de una comida exenta de alimentos que contengan ácido láctico — carnes bajo la forma de ácido sarcoláctico — ó puedan producirlo — leche, hidratos de carbono en general — nunca proporciona ocasión de descubrir el más insignificante vestigio del mismo, y aun en los casos en que las cualidades del alimento consientan su formación, es en cantidades tan mínimas, que si no se emplean reactivos de exquisita sensibilidad, se obtiene un resultado negativo; y por esto precisamente posee indiscutible valor semeiológico el usual reactivo de Uffelmann, que sólo rinde resultado positivo cuando el contenido gástrico encierra una cantidad de ácido láctico, que, aunque relativamente exígua, es, sin embargo, lo suficientemente demostrativa para autorizar á admitir la promiscuidad de una fermentación patológica. Siempre que por la naturaleza de los ingesta se desarrolle la fermentación láctica al principio de la digestión, normalmente es al muy corto tiempo inhibida por la secreción creciente del ácido clorhídrico y, por consiguiente, la comprobación del ácido láctico en la masa quimosa hacia el fin de la digestión gástrica, constituye constantemente un acto morboso. A la concepción primitiva de las fases láctica y clorhídrica, se ha sustituído, pues, la división más fisiológica de la evolución digestiva en una *fase amilolítica* especializada por la ausencia del ácido clorhídrico libre, y en otra *fase proteolítica* singularizada por la presencia del mencionado componente del jugo gástrico.

Cuando la fermentación láctica se conjunciona con la hipoclorhídria, necesita alcanzar una cifra de acidez elevada, para exteriori-

(1) Boas. *Eine neue Methode der qualitativen und quantitativen Milchsäurebestimmung im Mageninhalt.* (Deutsch. med. Wochens. n.° 34, octubre 1898). — *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago, [según el estado actual de la ciencia.* Trad. de los Dres. del Valle y Gil y Casares, t. I, págs. 281-91. Madrid, 1902.

zarse por el síndrome que da clínicamente á conocer la gastropatía designada con las diversas denominaciones de: *insuficiencia gástrica* por Rosenbach (1), *dilatación atónica del estómago* por Sée y Mathieu (2), *dispepsia nervo ó sensitivomotriz* por A. Mathieu (3), *dispepsia asténica* por Sapault (4), *hipostasia gástrica* por Glenard (5), *dispepsia hiposténica* por A. Robin (l. c. pág. 342), *miastenia gástrica* por Boas (l. c., t. II, pág. 132) y por Bouveret (6) *iscoquimia* por Einhorn (7) ó simplemente *hipoclorhidria* por varios autores, cuya característica capital reside en la depresionabilidad de la función dinámica del estómago, en el desfallecimiento ó la abolición de su energía peristáltica peculiar; sin que para su instauración sea necesaria la concomitancia del aumento en la capacidad del ventrículo, tal como propaló Bouchard (l. c.) en su famosa dilatación gástrica, que, á manera de dogma, ha regentado por largo tiempo la gastropatogenia, sucumbiendo, al fin, ante la reiterada observación de la clínica, que ha puesto al descubierto lo falaz y equívoco del consorcio entre la aptitud funcional y el volumen del estómago, consorcio edificado exclusivamente sobre las artificiales bases de un razonamiento imaginativo.

Si en los casos de hiperclorhidria con fermentaciones secundarias basta una proporción relativamente débil de ácido orgánico para exaltar la sintomatología de la hiperacidez primitiva, cuando la acidificación láctica coexiste con la hipo ó anaclorhidria, pasa siempre sin molestias para el enfermo y desapercibida á la exploración externa diagnóstica, hasta tanto que su intensidad no adquiere el grado suficiente para promover el espasmo pilórico y todos los accidentes que de él se derivan. Los experimentos de Ducceschi (8) han de-

(1) Rosenbach. *Der mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficiens.* (Wolkmann's Sammlung Vörtrage, n.° 158, 1878).

(2) Sée y Mathieu. *De la dilatation atonique de l'estomac.* (Rev. de medecin, números de mayo y septiembre, 1884).

(3) A. Mathieu. *Maladies de l'estomac* en el Traité de méd. publié sous la direction de Charcot, Bouchard et Brissaud, t. III, págs. 278-81. Paris 1892. — *Thérap. des maladies de l'estomac et de l'intestin.* Págs. 109-62. Paris, 1898. — *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.* Págs. 248-57. Paris, 1901.

(4) Sapault. *Les dyspepsies nerveuses.* Thèse du doct., pág. 71, Paris, 1898.

(5) Glénard. *Exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition. (Hepatisme)* Pág 75. Paris, 1896. — *Les ptoses viscérales. Diagnostic et nosographie.* (Enteroptose, hepatisme). Pág. 127. Paris. 1899.

(6) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac.* Pág. 308. Paris, 1898.

(7) Einhorn. *Maladies de l'estomac.* Trad. par Férreol. Pág. 360. Paris, 1901.

(8) Ducceschi. *Sulle funzione motrice dello stomaco.* (Arch. per la scienze med., t. XXI, págs. 121-89, 1897).

mostrado que las disoluciones de ácido láctico, á partir de una concentración de 1 por 1000, producen efectos excitomotores en la región del fondo del estómago, claramente apreciables, aunque algo menos pronunciados que los determinados por una cantidad igual de ácido clorhídrico. En las primeras etapas de la dispepsia miasténica, el píloro en nada interviene para el establecimiento del éxtasis gástrico; fenómeno entonces únicamente dependiente de la insuficiencia motriz de la víscera; pero la prosecución de la anomalía digestiva acrece sus efectos, y á la insuficiencia motriz se asocia una estenosis pilórica por contractura más ó menos durable, durante la cual el tipo de la fermentación puede cambiar ó complicarse con desprendimientos gaseosos, agravando así el proceso morboso; al aumento de la acción irritativa directa de los productos de fermentación sobre la mucosa estomacal, se suma la acción distensiva de los gases sobre la túnica musculosa del ventrículo.

El conocimiento de la marcha efectiva y del mecanismo de los movimientos del tubo digestivo, ha permanecido confuso é incierto hasta los trabajos de Hirsch (1) y von Mering (cit. por Pawlow) (2), sancionados por la fidelísima imagen fotográfica de las ondas de las contracciones peristálticas, obtenida simultáneamente, con el concurso de la radioscopia, por Cannon (3) y por Roux y Balthazar (4). Todos estos experimentadores han descubierto el hecho importante de que la evacuación del contenido gástrico en el duodeno, ejecutándose por intervalos y fraccionadamente, está regulada por dicho intestino, según el mécanismo siguiente: un reflejo inhibe temporalmente los movimientos expulsivos del estómago y cierra el píloro, cada vez que una porción de pulpa quimosa penetra en el intestino. Las investigaciones de Pawlow (l. c.), confirmando la regulación ejercida por la mucosa duodenal sobre el vaciamiento estomacal, patentizan que no es por un reflejo mecánico nacido de la repleción del intestino el porqué aquella se verifica, sino que su realización se efectúa por un reflejo químico producido por la acidez del quimo. «Si de

(1) Hirsch. *Weitere Beiträge zur motorischen Funktion des Magensnach Versuchen ein Hunden mit Darmfisteln.* (Centralbl. f. klin. med., t. XIV, páginas 877-88, 1893).

(2) Pawlow. *Le travail des glandes digestives* Trad. par Pachon et Sabrazé. Pág. 264. Paris, 1901.

(3) Cannon. *The movements of the stomach studied by means of the Rögen Rays.* (Americ. Journ. of Physiol., t. I, págs. 860-82, 1998).

(4) Roux et Balthazard. *Sur l'emploi des rayons de Röntgen pour l'étude de la motricité.* (Bull. de la Soc. de biol., t. IV, págs. 704-6, 1897).

una manera continua y en pequeña cantidad se vierte una dilución de ácido clorhídrico ó de jugo gástrico puro por una fístula, en el duodeno, se puede retener dentro del estómago, por tiempo ilimitado, una disolución alcalina de sosa, previamente ingerida. Si no se introduce ácido en el intestino, el contenido alcalino abandona de ordinario el estómago muy rápidamente. No se trata aquí, pues, de un reflejo de orden mecánico; en efecto, si en identidad de condiciones se transfunde en el intestino una disolución alcalina en vez de una dilución ácida, en nada se intercepta el paso de la disolución alcalina fuera del estómago. Por otra parte, en los perros fistulizados del páncreas se observa que la traslación de las diluciones ácidas del estómago al intestino se hace de una manera notablemente más lenta que en los perros sin fístula Cada vez que el intestino recibe una porción del contenido gástrico se produce por acto reflejo una suspensión temporal de la evacuación estomacal y la detención de los movimientos de expulsión del estómago. El bolo alimenticio ácido que ha dejado pasar el píloro, provoca un aumento de la secreción pancreática que poco á poco lo neutraliza, y solamente cuando la neutralización es completa ocurre la salida de otra nueva porción ácida del contenido gástrico. Gracias á esta función regulatriz del intestino, queda evitada toda marcha desordenada de la digestión, y al mismo tiempo asegurada sin inconveniente la metamorfosis normal de la digestión gástrica ácida en la digestión intestinal alcalina» (Pawlow, l. c., pág. 265).

La posesión de las supratranscriptas pruebas, tan positivas como convincentes, de la diferencia de rapidez con que el estómago expulsa en el intestino los materiales ácidos y alcalinos, evidencia el preponderante papel que juega el piloro en las manifestaciones sintomáticas de las gastropatías; pero, al par, de ninguna suerte justifica la desproporcionalidad de importancia que se concede á la alteración de las funciones motoras en relación con las secretoras del reservorio alimenticio. Siendo innegablemente cierto que ínterin las primeras subsisten normales, el desarreglo de las segundas queda suplido por la digestión intestinal; sin embargo, el estado patológico acarreado por los trastornos de la motilidad, aunque directamente de estos emanado, su presentación resulta preparada, consentida y sostenida por la perturbación de la función secretoria clorhídrica. El piloropasmo determinante del estancamiento ó retención gástrica, reconoce por origen, en el caso concreto de que me ocupo, el desarrollo de la fermentación láctica, á su vez ocasionado

por la hipoclorhídrica; anomalía, por consiguiente, inicial del eslabonamiento fenomenológico que conduce al establecimiento de la dispepsia miasténica. Hasta tanto que la fermentación que acompaña á la hipoclorhídria no genere el ácido orgánico en la abundancia requerida para exagerar el reflejo duodenal oclusor del píloro, el disturbio de la digestión gástrica permanece latente ó es acusado sólo por fenómenos subjetivos; pero una vez interesado el funcionamiento del esfínter gastroduodenal, aumentan de intensidad y en número los factores locales que imprimen á la dispepsia su facies clínica, algunos de los que revisten el carácter objetivo — gorgoteo gástrico, ampliación de las dimensiones del estómago —, y bien pronto el desorden morboso incluye dentro de sus exteriorizaciones reveladoras hasta la depauperación de la nutrición general, precisamente porque el intestino, no recibiendo todo el quimo encerrado en el estómago, ó recibiéndole adulterado en demasía, es incapaz de ejercer la acción de suplencia con que, subsanando la deficiencia secretoria estomacal, asegura la utilización perfecta de las substancias alimenticias.

(*Concluirá*).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Médico mayor; profesor de la Escuela de Medicina Militar. Madrid.

Diagnóstico del chancro venéreo. Monografía de 86 páginas y una lámina en color, por el Dr. Portillo. Madrid, 1902.

En nuestro país hay poca afición á los estudios de venereología, importante especialidad, tanto desde el punto de vista sociológico como clínico, y nuestra literatura médica contemporánea es muy deficiente en publicaciones y estudios originales; por este motivo merecen felicitaciones aquellos que, como el Dr. Portillo, consagran su labor clínica al estudio de esta especialidad, y difunden en el periódico y en el libro esta clase especial de conocimientos.

El diagnóstico del chancro venéreo es un modelo de Monografía presentada con método y razonada doctrina, que toma por base una

vasta experiencia clínica y un asíduo trabajo de comprobación analítico dentro del terreno de la bacteriología.

Sin ningún género de duda, el capítulo consagrado al estudio del diagnóstico bacteriológico, es el más sobresaliente del libro, en donde demuestra el autor su trabajo personal en todo lo relativo á los procedimientos técnicos de preparación del bacilo de Ducrey-Unna, productor del chancro venéreo, sin que los demás de la obra, diagnóstico, sintomatología, inoculación, etc., desmerezcan en nada, tanto en la parte expositiva como en la doctrinal de los mismos. Hé aquí las conclusiones que al final de su trabajo expone el autor como resumen:

«1.ª El chancro venéreo es una unidad morbosa diagnosticable; es una infección local de tipo ulceroso, localización genital, contagiosa, inoculable, auto-inoculable y producida por el bacilo de Ducrey-Unna.

2.ª El diagnóstico préciso é inmediato del chancro venéreo es muy importante por tres conceptos:

a) Por la necesidad de formular un pronóstico en presencia de una ulceración genital.

Siempre el mismo enfermo plantea la cuestión y exige una respuesta categórica: —¿Se trata de un chancro venéreo, es decir, de una lesión local que desaparece por completo después de su cicatrización ó se trata de un chancro sifilítico, es decir, de la primera manifestación de una enfermedad general en la que los accidentes, á menudo graves, se manifiestan durante muchos meses y aun durante muchos años?

b) Por consideraciones de índole social que exigen diferenciar el chancro venéreo, afección benigna, pero contagiosa de otras ulceraciones benignas no contagiosas de los órganos genitales, y

c) Por razón de que es imposible formular un tratamiento conveniente si no se ha hecho un diagnóstico preciso.

3.ª El diagnóstico del chancro venéreo descansa sobre seis caracteres clínicos y dos caracteres experimentales.

Los caracteres clínicos son:

1.° Forma redondeada.

2.° Bordes cortados á pico y despegados.

3.° Profundidad que llega siempre hasta la dermis.

4.° Color amarillento.

5.° Fondo irregular, desigual y alveolar; y

6.° Base blanda y flexible.

Los caracteres experimentales son :

1.° La presencia del bacilo de Ducrey-Unna en el pus y en las paredes de la ulceración, y

2.° La auto-inoculación al portador.

3.° Las principales lesiones con las cuales puede ser confundido el chancro venéreo son : el chancro sifilítico, el chancro mixto, las ulceraciones sifilíticas de la zona anogenital distintas del chancro sifilítico, las ulceraciones tuberculosas de la zona anogenital, las balanitis y balanopostitis, el herpes genital, el epitelioma ulcerado del miembro, las lesiones ulcerosas de la zona anogenital consecutivas á la sarna, el ectima simple y las ulceraciones traumáticas.

4.° En la mayoría de los casos se puede hacer el diagnóstico diferencial del chancro venéreo con las lesiones que pueden ser confundidas con él sin recurrir más que á sus caracteres clínicos. El diagnóstico se hace por comparación de caracteres.

5.° Se llega siempre con seguridad al diagnóstico del chacro venéreo por medio de sus caracteres experimentales; y

6.° Se exceptúan de la regla anterior el chancro mixto en su fase venérea y todas las ulceraciones, incluso el chancro venéreo, complicadas con gangrena ó fagedenismo».

En cuanto á las condiciones materiales del libro, el Dr. Portillo merece un aplauso, pues ha sabido encerrar su labor científica en un marco bien presentado.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 28 *de Junio de* 1902.

Quistes hidatídicos.—Continuando la discusión á propósito de algunos casos de quistes hidatídicos expuestos en anterior sesión por el Dr. Mariani, usa de la palabra el Dr. *Ustáriz*, manifestando que, á pesar de todos los progresos técnicos, y especialmente del examen microscópico de sus esputos y de la radiografía, hay casos en que el diagnóstico de los quistes hidatídicos ofrece serias dificultades, debiendo confiarse siempre en la acción medicatriz del organismo humano.

Refiere una operación de *esplenectomía*, en una mujer de treinta y cuatro

años, casada, de la provincia de Guadalajara, la cual presentó un tumor, que empezó por el hipocondrio izquierdo y se extendió á casi toda la cavidad abdominal, ofreciendo los fenómenos correspondientes á la *esplenomegalia*, con molestias en las regiones diafragmáticas y otros puntos del vientre. Practicada una laparotomía media, se extrajo un tumor hidatídico de la dimensión de una cabeza de feto, en que el bazo estaba reducido á un medio puño, hallándose, además, otro quiste en el hígado, del volumen de una mandarina pequeña, que se extirpó, canterizando la superficie interna con solución de cloruro cíncico. La enferma curó en quince días, y no ha vuelto á tener novedad.

Poco tiempo después observó un hombre, de cincuenta y siete años, con un tumor que ocupaba toda la cavidad abdominal y daba las sensaciones de roce ó de extremecimiento que corresponden á los quistes hidatídicos, sin otros antecedentes que un catarro gripal de larga duración, que padeció hace dos años. Hecha la laparotomía, salieron de 15 á 20 litros de líquido, y se vió que había comunicación con la cavidad torácica, por lo cual se resecaron las costillas sexta y séptima del lado derecho y se practicó el desagüe correspondiente. El operado pasó diecisiete días sin fiebre, al cabo de los cuales se presentó un intenso escalofrío, seguido de focos inflamatorios en los pulmones, falleciendo á los siete días.

Un tercer caso se refiere á un joven de diecisiete años, natural de Galicia, en el que se observó un gran tumor hidatídico en el vientre. Operado con todas las reglas del arte, salió del Hospital de la Princesa á los dos meses, quedándole tan sólo una pequeña fístula.

El Dr. Ustáriz termina consignando que los quistes del bazo son poco frecuentes; que en un principio la operación daba gran mortalidad, habiéndose reducido actualmente á 5 ó 6 por 100 en la generalidad de los casos, y á 28 ó 30 cuando hay adherencias; que el diagnóstico de los quistes no puede hacerse en muchos casos, porque sus síntomas son falaces é inseguros, y que en los operados de que da noticia, era evidente la existencia de las hidátides.

El Sr. *Espina* dice que si no se formula el diagnóstico en la mayoría de los casos, es porque no se busca, cual corresponde, por medio del interrogatorio preciso y de la exploración clínica acertada, é inquiriendo la causa, que puede residir en el aire, en el agua ó en los alimentos; que en los quistes hidatídicos no se trata de una infección, sino de un parásito interno; que es posible el diagnóstico precoz en la mayoría de los casos, aunque reconoce que hay algunos difíciles de precisar, si bien éstos son contados, y que así en medicina, como en cirugía, deben señalarse los límites y el poder de la espontaneidad curativa del organismo, que no siempre se manifiesta en las condiciones que sería de desear.

Recuerda el caso de un general del ejército, que fué diagnosticado de cardíaco, por degeneración grasosa del miocardio, y que en realidad padecía de quistes múltiples, en número de trece ó catorce, á los cuales se debía la dislocación del centro cardíaco y de los grandes vasos. Fué operado por el Dr. Gutiérrez, lográndose la prolongación de la vida del paciente por algún tiempo, sucumbiendo, por fin, á su enfermedad, desconocida durante un largo período.

El Dr. *Ustáriz* sostiene que en uno de los casos expuestos por el Dr. Mariani, se demostró el poder de la naturaleza, pues faltó la infección, y el en-

fermo se curó sin laparotomía; que su operado de quistes hidatídicos de vientre y pecho no acusó molestia alguna del aparato respiratorio, como disnea, opresión ó dolores, y que por lo común, no es factible el diagnóstico precoz, porque los enfermos se presentan al médico cuando el quiste hidatídico está adelantado y es voluminoso.

Patogenia y tratamiento de la pulmonía. — El Dr. *San Martín* advierte, ante todo, que en su práctica no se limitaba exclusivamente al ejercicio de la cirugía, puesto que, en primer término, estudiaba y practicaba la medicina general; que por lo que se refiere á la pulmonía, en el siglo pasado existía un sistema que en la actualidad se ha convertido en empirismo, y que ahora no se da la debida importancia á la noción etiológica, haciendo cultivos del neumococo é investigando tan interesante problema, que sería de gran beneficio para la clínica.

Trata después de la neumonía quirúrgica ó séptica, que, en su concepto, es más sencilla; la ha observado después de la extirpación del epitelioma del labio inferior y de la resección de la rodilla por tuberculosis; se desarrolla poco después de terminado el acto quirúrgico, iniciándose por un fuerte escalofrío, y mata en el breve plazo de uno á tres días, por ser impotente la terapéutica, creyendo que el conocimiento de dicha variedad de pulmonía debe ser el fundamento y punto de partida de las investigaciones concernientes á dicha afección propiamente médica.

Cita después el caso de un hombre de cuarenta años que adquirió una pulmonía hallándose en el campo, con síntomas generales muy alarmantes en los primeros días, llegando á una convalecencia satisfactoria, al parecer. Ofreció luego retrocesos notables, y por fin, una vómica, para la cual practicó la *toracotomía* externa, curándose el enfermo al cabo de largo plazo, y siendo el único caso de cirugía pulmonar aguda de que tiene noticia en nuestro país.

Termina asegurando, de acuerdo con el Dr. Ribera, que el pulmón se presta fácilmente á la excisión y á la ligadura, siempre que no se halle retraído y pueda llevarse hasta la pleura parietal.

Con esto termina el actual curso académico.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión científica celebrada el día 23 de abril de 1902.

Distocia por quiste hidatídico. — El Dr. *Botella* hizo algunas consideraciones sobre si es más conveniente suturar después de enuclear la membrana germinativa en aquellos casos en que no exista ni supuración ni ninguna degeneración que impida una pronta reunión, pero manifiéstase partidario, cuando ocurra alguna de las circunstancias enunciadas, de marsupializar, procurando, por medio de una antisepsia muy rigurosa, que no llegue á infectarse la cavidad que queda al arrancar el quiste. La punción la considera poco indicada, pues si existen hidátides hijas, no se vaciará el quiste y subsiste el obstáculo, y si es líquido el contenido, á más de una infección más fácil, se reproduciría el obstáculo.

Cuando existan quistes hidatídicos en la cavidad abdominal, es partidario de proceder á la extracción del feto por medio del forceps, para evitar que por medio de los esfuerzos expulsivos pueda romperse el quiste en la cavidad peritoneal y dar origen á fenómenos tan graves que exijan una laparotomía.

El Dr. *García Arias*, haciendo referencia al caso objeto de esta discusión, manifestó que aun en el caso en que se hubiese encontrado con una bolsa celulosa externa, gruesa y calcificada, envolviendo la gran bolsa hidatídica madre, única ó con hidátides hijas, su conducta hubiera sido igual, es decir, cerrar las heridas de la bolsa quística y de la vagina con el fin ya expuesto, pues siempre estaba á tiempo de abrirlas si se iniciaba la necrosis y descomposición de la bolsa externa.

El Dr. *Gutiérrez* dijo que recordaba el caso clínico expuesto por el doctor Botella, por haber visto á la enferma en la consulta del hospital, que aconsejó al Dr. García Arias practicase la punción, por creer se trataba de un quiste hidatídico. En el caso que la membrana adventicia esté muy adherida, es preciso recurrir al desagüe, vigilar y establecer una antisepsia, cuanto más rigurosa mejor, para evitar la infección.

El Dr. *García Arias* contesta al Dr. Gutiérrez que prácticas corrientes y sancionadas por el resultado terapéutico tan brillante que se obtiene, son las expuestas por tan competente Profesor, dignas, por lo tanto, de tenerse muy en cuenta, pero tampoco ignoran el Dr. Gutiérrez y demás Profesores, que es práctica admitida en cirugía el punzar una ó más veces los quistes hidatídicos acefalocistos y uniloculares para obtener la curación de los que los padecen, háyanse desarrollado en el órgano que se hayan desenvuelto, é ignorando, como es consiguiente, los eminentes médicos que recomiendan este sencillísimo procedimiento quirúrgico si existe ó no membrana celulosa envolviendo á la cubierta madre y si está ó no degenerada.

Este es el fundamento de la idea sustentada por él.

El Sr. *Presidente* manifestó que el caso objeto de la discusión era interesantísimo y requería mayor número de observaciones para poder formular la conducta que debe seguirse en estas circunstancias. Lo urgente es salvar el compromiso de momento y facilitar la terminación del parto, bien por punción ó por incisión y desagüe, todo esto practicado con las precauciones antisépticas previas á toda intervención. Que procurará buscar datos de otro caso análogo que operó, para contribuir al estudio que tanto interesa al doctor Botella.

(*Se suspenden las sesiones del presente curso*).

El Secretario de actas,

FLORENCIO B. HERMOSA.

PERIÓDICOS

Extirpación de la laringe con restablecimiento de la fonación por cutaneización del hueco operatorio y comunicación de la tráquea con la boca.—El Dr. Ricardo Botey publica en la *Gaceta Médica Catalana* la historia clínica siguiente:

«P. G., de setenta años de edad, habitante en Alaró (Mallorca), se presentó á mi consulta por recomendación del Dr. D. Antonio Balle, su médico de cabecera en el pueblo, y por la del Dr. P. J. Matas, de Palma.

Ronquera pertinaz, desde hace quince meses, cada día en aumento, lento y progresivo. Alguna disnea de esfuerzo en estos últimos dos meses, al principio de los cuales tuvo un ataque de sofocación continua que se calmó al amanecer. Ni dolor, ni dificultad alguna á la deglución.

Tuvo este enfermo dos pulmonías hace años, en épocas diferentes. Es algo aficionado á las bebidas alcohólicas y fuma muchísimo.

Al examen laringoscópico descubro que las cuerdas vocales están aproximadas; inmóvil la derecha y presentando una superficie rugosa proliferante y fuertemente engrosada, lo propio que la banda ventricular de este lado. La cuerda izquierda y el resto de la laringe parece normal. Nada de ganglios en el cuello. Se trata de un epitelioma de la laringe localizado en el lado derecho, diagnóstico confirmado histológicamente por el Dr. D. Carlos Calleja.

Propuse al enfermo la traqueotirotomía con extirpación parcial de la laringe como única tabla de salvación. El paciente accede, y se ejecuta la traqueotomía bajo la anestesia clorofórmica (pues hay poca disnea), el día 25 de abril de 1902, sin incidente alguno.

Extirpación de la laringe el 9 de mayo de 1902. Una hora antes de intervenir se coloca la cánula de esponja de Hahn.

Se cloroformiza al enfermo por la cánula. Posición de Trendelenburg acentuada sin posición de Rose, para evitar así que la sangre vaya á los bronquios, lo que es más eficaz que cualquier cánula obturadora.

Incisión en la línea media desde un poco por encima del hioides hasta la abertura de la cánula. A esto se agregan dos pequeñas incisiones transversales, una superior y otra inferior en el lado derecho de la primera. Se descubre el ángulo tiroideo y la membrana cricotiroidea, debiendo ligar muy pocos vasitos. Se separan los músculos externo y tirohiodeos rozando la lámina derecha del tiroides que se pone bien al descubierto y se incinde la membrana cricotiroidea, después de haber procurado que no haya en la herida una gota de sangre.

Sección por la incisión y de abajo arriba, con las cizallas, del cartílago tiroides en la línea media. Sepáranse sus hojas poco á poco y se embadurna la mucosa laríngea diferentes veces con cocaína al décimo y adrenalina al milésimo alternativamente. Seccionóse también el cricoides. Poca protesta y ningún reflejo peligroso; esto es: nada de inhibición respiratoria.

El epitelioma (como vengo observando ya frecuentemente) está más extendido de lo que la laringoscopia me mostró. La neoplasia ha invadido toda

la cuerda y banda derechas, descendiendo por la cara inferior de aquélla, pero no alcanzando la región cricoidea. La mitad anterior de la cuerda vocal y banda izquierdas están también afectas, aunque poco. Las aritenoides, la epiglotis y el resto de la laringe, sanos.

A pesar de ser la lesión superficial, se separa con la mucosa laríngea la mitad derecha del cartílago tiroides, del aritenoides y del cricoides. Para mayor seguridad, se hace lo propio con la mitad izquierda del tiroides y cricoides, dejando empero una porción de este cartílago y casi todo el aritenoides derecho junto con la epiglotis.

Se raspa y separa lo poco que queda de mucosa laríngea, dejando únicamente como esqueleto un trozo de cara posterior del cricoides, una parte del aritenoides izquierdo, la epiglotis y los replieges ariteno-epiglóticos y mucosa vecina.

Se cauteriza en la región cricoidea posterior con el termocauterio, lo que pudiera quedar de sospechoso y previa aplicación del cloruro de zinc al décimo, se rellena la cavidad con gasa aséptica después de haber insuflado en ella yodoformo.

Puntos de sutura en las dos incisiones horizontales. Una sonda permanente de 7 milímetros por 40 centímetros, que entrando por la nariz alcance el esófago cerca del cardias.

La operación duró dos horas y veinte minutos, con una anestesia general y local perfectas.

En los días subsiguientes, la temperatura se elevó tan sólo algunas décimas y no subió por la cánula de Hahn moco sanguinolento ni sangre alguna, lo que prueba que la esponja funcionó perfectamente. El enfermo toma por la sonda leche y vino.

El 13 de mayo, al cuarto día se cambia la cánula de Hahn por otra de Botey. Obsérvase por la cavidad operatoria que la epiglotis y los repliegues ariteno-epiglóticos (que pudieron obstinadamente conservarse) cierran la laringe en el acto de la deglución; se quita la sonda esofágica y el enfermo traga perfectamente sin ella dos litros de leche.

El 15 de mayo, temperatura y pulso normales. El enfermo se levanta un par de horas y come con apetito de todo.

Está muy triste y abatido porque no puede hablar, pues como es analfabeto no le queda el recurso de la escritura.

El 18 de mayo, el hijo del operado se ha marchado á Mallorca; esto ha disgustado en extremo al operado, de tal modo, que no duerme, es presa de una continua agitación, rayana en el subdelirio, y hay que sujetarlo en la cama y vigilarle para que no haga un disparate. Ultimamente se niega á tomar alimento, decidido á morir, pues cree que su hijo lo ha abandonado y le pesa no poder hablar, de una manera inconcebible. Sonda y alimentación forzada.

El 23 de mayo, habiendo vuelto su hijo renace la tranquilidad en el anciano y se procede á la dermo-epidermización de la cavidad cruenta.

Reforzamiento del tejido fungoso que se ha formado en el hueco ocupado por la laringe y previa aplicación de cocaína y adrenalina para evitar reflejos y hemorragia, se aplican sobre la superficie cruenta torundas de gasa mojadas en suero fisiológico, mientras se cortan con la navaja de histólogo

dos tiras dermo-epidérmicas de la cara externa del brazo izquierdo. Tiras de unos 2 centímetros de anchura por 6 centímetros de longitud.

Estas tiras se aplican sobre la superficie cruenta correspondiente al sitio donde había la laringe, poniendo sobre ellos tiritas de protectivo imbricados y encima gasa mojada en suero fisiológico.

A los ocho días, todos los ingertos habían prendido.

El 31 de mayo, sutura de toda la incisión central.

El 4 de junio, cicatrizada la incisión, se quitan los puntos y el enfermo habla con voz grave y ronca, pero inteligible á bastantes metros de distancia. Siendo esta laringe lisa en la respiración, en el acto de la fonación los replieges ariteno-epiglóticos y la epiglotis al cerrar la entrada de la laringe hacen el papel de cuerdas vocales».

Frecuencia de las autointoxicaciones en las esclerosis cerebrales de los niños.—En *La Correspondencia Médica* publica D. Antonio González Brioso, las siguientes consideraciones :

«Es tan necesaria la integridad del sistema nervioso para que los actos de transformación digestiva se realicen y completen con fisiologismo debido, que cuando por cualquier causa se interrumpen los actos reflejos que presiden esta función, la presencia de materiales incompletamente elaborados en la cavidad intestinal, da margen á la excitación virulenta de la flora microbiana, produciéndose con frecuencia fermentaciones que acarrean toxihemias en estos lesionados.

La frecuencia con que se relatan en las obras de Patología estos accidentes, á veces observados por mí, unido á que en la actualidad sigo un caso de esta índole, me induce á dedicar unas líneas encaminadas á resolver la patogenia que probablemente preside esta clase de accidentes.

Es conocida la frecuencia con que se presentan accidentes infecciosos en las enfermedades del sistema nervioso, se sabe cuán susceptibles son las barreras de estos enfermos á dejarse atravesar por agentes sépticos, bien conocido es que las defensas glandulares son ineficaces cuando el mecanismo nervioso que gobierna su secreción está alterado, y á todos, por último, se nos alcanza que el fagocitismo no cumple su cometido de defensa, cuando la inervación vascular no realiza su cometido dilatador preparando el vaso para que la diapedesis globular se efectúe. A estas múltiples causas se debe sin duda la frecuencia de los procesos infectivos en los enfermos del sistema nervioso ; á ellas hay que agregar la incompleta evolución de substancias en el aparato digestivo, para darnos cuenta del origen infeccioso de las toxihemias en los enfermos á que nos referimos.

En estos enfermos, las infecciones más frecuentes, son de origen intestinal, y se encuentran sostenidas por perturbaciones en su función digestiva.

La corriente patogénica moderna, nos lleva sin duda á considerar la mayoría de las infecciones como desenvolviéndose en cultivo hemático y respondiendo con síntomas en todos los aparatos orgánicos ; supuesta la toxihemia como origen de todos los síntomas, las localizaciones no responden á otra cosa que á casos particulares de la infección misma ; si el proceso es intenso, intervendrán en él todos ó la mayoría de los órganos, y en el caso contrario, responderán con síntomas los más susceptibles ; el aparato digestivo es sin

duda el que se altera primero, y al abrir la escena en el proceso, se piensa en que él sea el origen y la puerta de entrada, cuando no ocurra otra cosa con él, que un mayor grado de receptibilidad. Pero si bien esto es cierto, cuando de la mayoría de las infecciones se trata, no ocurre de igual manera cuando al presentárselas los niños que padecen esclerosis cerebrales, las ofrecen tan pasajeras y modificadas, que si causas mayores no intervienen, su proceso intercurrente no pasa de una *autointoxicación* accidental.

En estos enfermitos su lesión cerebral los expone á sufrir estas infecciones porque la alteración funcional que su sistema nervioso sufre hace que sus digestiones no se ultimen, siendo suficiente que la menor impresión de orden moral en ellos, actúe como causa determinante más inmediata para que el cuadro se presente.

Las transformaciones alimenticias exigen para completarse integridad de los fermentos digestivos que concurren á la cavidad gastrointestinal; partiendo del principio que una esclerosis de cerebro antigua ha producido perturbaciones funcionales, por lo menos, en el resto del sistema nervioso, comprenderemos el mecanismo que sostiene esta alteración funcional en las cavidades que estudiamos. La dispepsia en estos enfermos es frecuente; la producción de ácido láctico, exagerada; los amiláceos no realizan su completa transformación; el éxtasis gástrico que se produce, termina pasando á la cavidad intestinal unos productos incompletamente transformados y poco aptos para la absorción, porque á ella falta la secreción fisiológica del jugo intestinal pancreático y hepático alterados é interrumpidos por faltar el influjo nervioso que gobierna la función de estas vísceras.

Dificultadas las condiciones fisiológicas de la absorción, domina el éxtasis alimenticio en la cavidad intestinal donde por su medio alcalino existen condiciones abonadas para que se aumente la virulencia de una flora microbiana que no espera otra cosa que condiciones abonadas. El *bacilus coli*, saprofito inocente, exalta su virulencia, dando lugar á una infección que, por su carácter accidental y por el germen que la determina, se incluye en el grupo complejo de las *colibacilosis*, y que en estos sujetos no pasan de la categoría de accidentes, si no llegan á complicarse con otras asociaciones microbianas.

La fiebre de tipo remitente, los fenómenos nerviosos y los vómitos frecuentes, forman el cuadro clínico de esta infección no confundible por su origen con los estados gástricos, dado que el estómago por ser un medio ácido, no ofrece condiciones abonadas para considerarse como puerta de entrada, y vaso de cultivo microbiano.

Los medios profilácticos constituyen el tratamiento de estas intoxicaciones, pues favoreciendo las digestiones por medio de los *eupépsicos*, y sosteniendo las evacuaciones por medio de laxantes, evitaremos las condiciones patogénicas que preparan, provocan y sostienen estas *autointoxicaciones*». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Julio de 1902 (conclusión).

Herida doble del corazón por bala (ventrículo izquierdo), sutura, curación (*Informe de un trabajo del Dr. Launay*).— El Dr. Peyrot: En la sesión del 18 de mayo último presentó su trabajo el Dr. Launay. Pocos momentos después el Dr. Le Dentu leía un informe sobre las heridas del corazón y su tratamiento quirúrgico, á propósito de un trabajo del Dr. Fontan.

Reuniendo todos los casos de herida del corazón tratados por la cirugía activa, sutura ó taponamiento, el Dr. Le Dentu ha coleccionado 16 curaciones en 38 heridos. Es una proporción de 42 por 100 de éxitos. Limitando su estadística á las heridas penetrantes, resulta que el éxito de la intervención activa es de 27'58 por 100.

Esta proporción aumenta considerando sólo las heridas por arma blanca tratadas por la sutura. Agregando á la estadística de Le Dentu un segundo caso de Niui (*Riforma medica*, 1901, núms. 55 y 56), se obtiene un total de 20 casos de sutura en heridas de este género; de ellos curaron 6, lo que da una proporción de curaciones de 30 por 100.

La intervención en las heridas por arma de fuego dista mucho de poder compararse con la de las heridas por arma blanca. *A priori*, parece debe ser más difícil. Mientras que, según Loison, si se encuentra una herida doble por arma blanca en el 1'2 por 100, en la de bala esta proporción es de 17 por 100. Otras razones que no necesitamos indicar hacen estas heridas más graves y más molesto su tratamiento. Terrier y Raymond podían decir en 1900: «Las heridas por balas han dado origen á intervenciones, en el curso de las cuales se ha vaciado ó taponado el pericardio (Podrez, Stern, Marks, Fararesi), pero sin haber suturado la herida». Sin embargo, ya en noviembre de 1898 Marion intervenía por una herida perforante doble del ventrículo derecho, pero el enfermo murió mientras se suturaba la herida anterior.

En febrero de 1901 Bouglé refirió un segundo caso de sutura de herida doble hecha por una bala en el ventrículo izquierdo. El enfermo murió á las cinco horas por hemorragia del pedículo pulmonar. Las heridas del corazón no sangraban.

La observación remitida por el Dr. Launay es la primera seguida de curación completa sin accidente. La citaré como ejemplo de intervención prudente y atrevida.

Observación.— El lunes 3 de marzo fuí llamado como cirujano de guardia en la Clínica del Dr. Peyrot en Lariboisière. Encontré un hombre de veintiséis años, pálido y abatido, pero pudo decir que á media noche había recibido un tiro de revólver (eran las tres y media de la madrugada). Observé

en la mamila izquierda una heridilla (bala de 7 milímetros) negruzca por la que salía algo de sangre de un modo intermitente. El pulso era débil y casi imposible de contar. La percusión del tórax daba sonoridad exagerada en toda la mitad izquierda anterior, y en la región precordial; la auscultación no permitió oir á la izquierda los ruídos respiratorios; los del corazón eran débiles y sordos; de cuando en cuando se oía un ruído de bazuqueo típico (ruído de molino). El diagnóstico de herida penetrante de la pleura izquierda y del corazón era probable.

El enfermo fué trasladado á la sala de operaciones, se le afeitó, limpió y cloroformizó, en tanto se preparaba una inyección de suero que había de hacerse mientras se practicaba la operación.

Formé un colgajo en U de base externa, que rozaba el esternón á la izquierda, pasaba por encima de la cuarta costilla por arriba, debajo de la sexta por abajo, y que comprendía, por consiguiente, las costillas cuarta, quinta y sexta; seccionadas las partes blandas hasta las costillas, corté con el bisturí los tres cartílagos costales al rape del esternón; seccioné con el costotomo las costillas algo por detrás del mamila y principié á levantar el colgajo cerca del esternón. Introduje los dedos debajo de la pared, desprendí con facilidad la pleura parietal y rompí la costilla media para invertir hacia fuera el colgajo osteocutáneo.

La pleura estaba abierta; había neumotórax completo; ensanché la abertura de la pleura hasta 1 centímetro próximamente por fuera de la mamaria interna que no dividí.

El pulmón aplastado y retraído se hallaba perforado en la lámina delgada precordial: esta herida no sangraba; había, sin embargo, hemotórax abundantísimo.

Observé entonces que salía, de un modo lento y continuo, sangre por una herida del pericardio situada cerca de la punta del corazón. El pericardio fué incindido longitudinalmente y el corazón apareció latiendo con violencia.

Había una herida de la cara anterior del ventrículo izquierdo á 2 centímetros próximamente de la punta y cerca del borde izquierdo; por esta herida salía sangre, pero sólo en el momento del diástole. La herida se suturó con facilidad á punto por encima, quedando obturada completamente; el catgut, introducido á medio centímetro del borde de la herida, no desgarró el miocardio.

Creyendo que debía existir un orificio de salida de la bala levanté el corazón, cogiéndole por la punta, y descubrí este orificio en la cara posterior del ventrículo izquierdo en su base, cerca del surco auriculoventricular. La sutura de este segundo orificio, por el que salía también sangre en pequeña cantidad, fué mucho más difícil; el corazón, levantado y algo torcido sobre sí mismo, latía con precipitación; conseguí, sin embargo, pasar un hilo, que sostuvo mi ayudante, y que me permitió hacer una sutura de dos puntos por encima, pero las contracciones del órgano ponían tenso el miocardio, y en el último punto se produjo una desgarradura no perforante; como no salía sangre, las maniobras eran muy penosas y el tiempo apremiaba, no cerré esta desgarradura superficial.

Limpié con rapidez el pericardio de los coágulos sanguíneos que había

detrás del corazón y coloqué un tubo de desagüe en su parte inferior; inspeccioné el pulmón y su pedículo, limpié la pleura de la sangre que contenía en abundancia, y siendo imposible reunir los bordes separados de la abertura pleurítica, coloqué en su sitio el colgajo óseo cutáneo, dejando un segundo tubo de desagüe en la pleura. Los dos tubos se suturaron á la pared y el colgajo se cosió en toda su circunferencia.

Durante la operación se inyectaron en el tejido celular subcutáneo dos litros de suero artificial.

Al terminar la operación, que duró treinta y cinco minutos, el pulso del enfermo seguía siendo incontable, pero no cesó de latir un momento, y la respiración fué fácil siempre.

El enfermo fué conducido á su lecho caliente.

Consecuencias. — Al día siguiente, á la hora de la visita, el pulso del enfermo había recobrado su amplitud. Volví á ver á este hombre á las tres de la tarde; estaba despierto y tranquilo, hablaba sin dificultad alguna, no sentía dolor, tenía algo de dificultad á las grandes inspiraciones, pero no disnea. La temperatura de la mamaria era de 36°,4; por la tarde, el pulso latía con regularidad 100 á 120 veces por minuto.

Las consecuencias operatorias fueron benignas; la temperatura se elevó durante dos días á 38°, después descendió definitivamente á 37°; el pulso recobró al otro día su ritmo normal. Los dos tubos de desagüe se suprimieron á las cuarenta y ocho horas y los hilos á los ocho días; los orificios de salida de los tubos estaban casi obturados; no hubo infección. A los diez días el enfermo se levantó, encontrándose bien; la auscultación del corazón no permitió descubrir nada anormal.

La erupción de la Martinica.—El Dr. Kermorgant: La erupción del volcán del Monte Pelado, ocurrida en San Pedro (Martinica) el 8 de mayo de 1902, ha motivado algunas observaciones hechas por los médicos y farmacéuticos del ejército colonial, que creo interesante comunicar á la Academia.

Los fenómenos diversos que se sucedieron con rapidez, ocurrieron hacia las siete y media de la mañana, según atestigua el reloj del hospital, parado en esta hora. Pueden dividirse en tres fases distintas:

a) Una explosión se produjo en la cima de la montaña, que proyectó verticalmente un haz luminoso á la vez que una masa formidable de ceniza fría ó aglomerada, y cierta cantidad de pedruscos procedentes, según toda probabilidad, de la destrucción de la masa que obstruía la chimenea del cráter. La ceniza y los pedruscos fueron lanzados hasta Fort-de France, distante 20 kilómetros en línea recta. Uno de estos pedruscos, caído en el hospital, tenía la forma de un disco aplanado y pesaba 85 gramos.

b) Inmediatamente por las aberturas formadas se escaparon gases y vapores negruzcos, que descendieron en torbellinos por las vertientes de la montaña. Esta masa, impelida por el viento Nordeste que soplaba en aquel momento, tardó poco en extenderse sobre la ciudad de San Pedro, la rada y la campiña próxima á la población.

c) En aquel momento, varias detonaciones formidables parecidas á truenos se oyeron en la nube negra. Brillaron muchos relámpagos que provocaron la explosión de la mezcla detonante formada por los gases combustibles escapados del volcán.

En los primeros momentos, cuando era imposible darse cuenta exacta de la extensión del desastre, y sobre todo de su naturaleza, fué lógico creer que todo el mundo no había muerto y que había multitud de heridos. Sin embargo, todos los habitantes de San Pedro habían muerto y los únicos heridos que recogió el crucero *Suchet* eran personas que se hallaban en el límite de la zona de acción del cataclismo; algunos tenían quemaduras generalizadas, profundas y de las vías respiratorias.

La explosión formidable producida había destruído de un golpe la ciudad incendiándola.

Los diversos puntos de la población no presentaban el mismo aspecto después de la catástrofe. En el barrio del Fuerte, en los ribazos del Roxelane y en parte del barrio del centro, el fenómeno había llegado al parecer al máximum de intensidad. En estos puntos, la mayor parte de las construcciones habían desaparecido, y estaban arrasadas hasta los cimientos.

En la primera parte, todas las víctimas debieron ser enterradas á bastante profundidad entre los escombros y la ceniza, porque en este espacio inmenso sólo se encontró un cadáver y algunas osamentas de caballos.

En la segunda parte, la mayoría de las víctimas estaban consumidas ó sepultadas, pero muchas, á medio carbonizar, yacían sobre el suelo.

Todos los cadáveres que no se hallaban enterrados bajo los escombros y que se encontraron en las calles estaban desnudos; sus vestidos se habían quemado completamente. Algunos sólo conservaban su calzado, y en varios quedó reducido á la suela.

Alejándose de la ciudad, en el límite de la zona de acción, es decir, á 4 kilómetros próximamente, se encontraban en las habitaciones individuos sin piernas, que conservaban sus vestidos intactos y que habían muerto al parecer de asfixia; en Carbet, un hombre se encontró muerto en su lecho, la lengua colgando fuera de la boca; la camisa y las sábanas estaban intactas.

El aspecto de los cadáveres variaba según el sitio que ocupaban: unos estaban enteros, otros despedazados; se veían troncos completos ó incompletos, miembros arrancados, enteros ó divididos. Las articulaciones estaban intactas en la mayoría de los cadáveres, los cráneos habían estallado y estaban vacíos, habiendo salido la substancia cerebral por hendiduras del diámetro de dos traveses de dedo.

Varios cadáveres se hallaban completamente carbonizados, los tejidos blandos disecados y los huesos puestos al descubierto; en otros, la carbonización no estaba tan avanzada en todas las partes del cuerpo, y se veían en el mismo cadáver los miembros carbonizados por completo, mientras que la cabeza, el cuerpo y el abdomen estaban á medio carbonizar; en algunos, la pared abdominal había estallado, dejando al descubierto las asas intestinales, que colgaban por fuera del vientre.

Los tejidos estaban cubiertos de un unto negro pringoso, como si se les hubiera expuesto á una luz de gas. En algunos cadáveres, los diversos tejidos se desprendían con facilidad á la menor tracción; en otros, por el contrario, habían conservado toda su resistencia.

Los miembros se hallaban en flexión exagerada, y en los cadáveres sometidos á la acción del fuego, las manos estaban aplicadas sobre la cara ante-

rior del antebrazo y este último sobre el brazo; en estos casos, la articulación se encontraba abierta y los extremos inferiores de los huesos estaban carbonizados. La articulación de la rodilla era la destruída menos veces.

Al contrario, los miembros, la cabeza y el tronco, se hallaban en extensión forzada, en verdadero opistótonos; las partes del cuerpo hechas así más salientes, estaban muy carbonizadas.

Los cadáveres tenían posiciones múltiples; unos estaban acostados sobre el dorso, otros de lado, la mayoría boca abajo. Todos parecían haber sido cogidos, fijados, por decirlo así, en una actitud que la carbonización había respetado. Algunos estaban agrupados, otros abrazados en un adiós supremo: una madre tenía á su hijo estrechado con fuerza en sus brazos; un hombre, echado sobre el dorso, tenía el brazo derecho levantado, señalando el cielo con el índice; otro, inmovilizado en la actitud de la carrera, se hallaba en pié, la manos y la cabeza apoyadas contra un muro, la pierna izquierda doblada sobre el muslo extendido, el pié derecho apoyado sobre el suelo sólo con la punta de los dedos.

Existía, por lo tanto, una zona en la que sólo podía haber muertos; fuera de ella se encontraron personas con quemaduras más ó menos profundas de todas las partes del cuerpo. Algunas, bastante extensas, ocupaban una superficie muy considerable de los tegumentos de todo el dorso, el abdomen, los muslos, los brazos. Otras personas presentaban únicamente quemaduras de la cara, de las orejas, de la piel del cráneo; eran los marinos que habían tenido tiempo ó presencia de ánimo bastante para precipitarse en la cala ó en un pañol de su navío.

Estos heridos fueron transportados á For-de-France por el *Suchet* el mismo día de la catástrofe. Nueve murieron durante la travesía; ingresaron 32 en el Hospital militar. Todos se hallaban en un estado de sobrexcitación cerebral grandísima y sentían dolores acerbos, á juzgar por los quejidos continuos y los gritos penetrantes. Todos estaban muy alterados y algunos se quejaban de no poder respirar ó deglutir con facilidad.

La epidermis estaba levantada en ciertos sitios por flictenas que contenían un líquido cetrino o sanguinolento morenuzco ó turbio. Lo notable es que donde la flictena había desaparecido dejando al descubierto las capas superficiales de la dermis, se veía una especie de mancha gris negruzca, verdadera mancha de lacre negruzco, debida á la penetración íntima del lodo del volcán en los tejidos. El algodón mojado con que se limpiaban las heridas desprendió granos de este lodo.

Las narices estaban casi completamente obstruídas por el lodo, que costó gran trabajo desprender con tapones glicerinados. La limpieza de la faringe con los mismos tapones arrancaba trozos de mucosa exfoliada. La inspiración era ruidosa, la espiración sibilante y difícil.

Las heridas se limpiaron perfectamente con agua hervida y se curaron con la disolución concentrada de ácido pícrico.

En la primera noche, varios de los que tenían quemaduras internas, murieron después de un período corto de coma. Otros murieron á la mañana siguiente.

Todas las heridas fueron curadas con ácido pícrico que no ocasionaron fenómeno tóxico alguno, á pesar de las extensas superficies de absorción. Los

enfermos notaron un alivio inmediato y la reparación de los tejidos fué rápida y sin supuración por decirlo así. El 30 de mayo no había un solo herido en tratamiento en el Hospital militar y las dos terceras partes de los asistidos salieron curados sin presentar la menor retracción ni cicatriz viciosa, conservando la integridad de sus movimientos.

En resumen, resulta de las comprobaciones hechas, en cuanto pudo penetrarse en los sitios del siniestro, que en el centro de la ciudad debió producirse una explosión de las más violentas, porque en este barrio, edificios sólidos con T de hierro espesas y columnas de fundición gruesas, á causa de los ciclones que reinan en estos parajes, fueron arrasados por completo y las columnas de hierro arrancadas y torcidas. Al colapso producido por esta explosión debe atribuirse sin duda el destrozo de los cadáveres y la rotura de las bóvedas craneanas de que nos hemos ocupado.

Alejándose de este centro se encontraban cadáveres quemados, pero sin destrozar, y á más distancia sólo rastros de quemaduras. En Calvet, á cuatro kilómetros de San Pedro, únicamente estaban carbonizadas las hojas y las ramas pequeñas de los árboles.

El fuego no fué al parecer la causa determinante de la muerte que, según toda probabilidad, debió ser fulminante, á juzgar por la posición de los cadáveres. Fué causada sin duda por la inhalación de los gases escapados del volcán con presión considerable y á una temperatura elevadísima, que determinaron la coagulación instantánea de la sangre, según observó el doctor Chantemesse cuando el incendio de la Opera cómica. Es posible, también, que la muerte fuera causada por el choque eléctrico.

Sea lo que quiera, es de presumir que el incendio, que se produjo á la vez en todos los puntos de la ciudad de San Pedro, no carbonizara más que cadáveres.

Empleo del hermofenilo en el tratamiento de la sífilis. — El Dr. Hallopeau: Por consejo del Dr. Marey hemos estudiado en nuestra Clínica la acción antisifilítica de este medicamento, descubierto recientemente por los Sres. Lumière y ensayado ya por varios experimentadores.

La designación de hermofenilo es un nombre de guerra dado al mercurio fenol, disulfonato de sodio, cuerpo obtenido inspirándose en el método inaugurado por el Dr. Gautier para la producción de sus cacodilatos.

Es un producto mercurial de los más originales, porque, al contrario de todos los usados, no precipita los albuminoides; no precipita ni por la sosa ni por el ácido clorhídrico, ni por el sulfhidrato amónico, tampoco se descompone al calor á 120°. No se amalgama.

Este cuerpo tiene el aspecto de un polvo blanco; es muy soluble en agua; contiene 40 por 100 de mercurio.

Sus propiedades tóxicas son ligeras; los Sres. Lumière han demostrado que para matar un conejillo de Indias se necesita que ingiera 20 centígramos por kilogramo de peso; por vía subcutánea basta una dosis de 125 milígramos.

Administrado en pequeña cantidad, aumenta el peso. Sus propiedades antivegetativas y bactericidas son considerables; una disolución al 1 por 1000 ó al 1 por 5000 suspende toda vegetación y la primera mata los principales microorganismos después de un contacto algo prolongado.

Estos hechos hacían prever que el hermofenilo podría emplearse con ventaja como antiséptico en la práctica quirúrgica y, en efecto, un trabajo del Dr. Bérard, agregado de la Facultad de Lion, y las observaciones hechas por el Dr. Batut en enfermos de cistitis, confirmaron estas previsiones: es utilísimo tener una preparación mercurial activa, susceptible, sin peligro de alterarse, de ser sometida en el autoclavo á una temperatura de 120°.

Las disoluciones de hermofenilo tienen otra ventaja: pueden emplearse localmente en disolución al 1 ó 2 por 100 sin provocar irritación ó dolor; difieren, desde este punto de vista, de las de sublimado.

Estando indicado ensayar este medicamento en la sífilis, se han hecho inyecciones subcutáneas ó intramusculares á la dosis de 2 centígramos disueltos en 4 cent. cúb. de agua destilada, obteniéndose siempre mejoría ó la curación de las manifestaciones sifilíticas.

Hemos ensayado el medicamento en 30 enfermos, empleando al principio las dosis y procedimientos citados. Nuestros primeros ensayos no fueron favorables á la nueva medicación. El Dr. Reynés afirma que es posible inyectar el medicamento debajo de la piel sin inconveniente alguno. El día que lo hicimos por vez primera, los tres enfermos sintieron inmediatamente después de la inyección dolores tan agudísimos que lanzaron gritos como pocas veces se oyen en los hospitales; ¿cómo explicar esta diferencia? ¿Es posible que la piel de la región deltoidea, preferida por otros experimentadores, sea menos sensible que la de la región glútea que elegí para hacer la inyección? ¿Es posible que los enfermos de mis colegas fueran histéricos con analgesia del brazo? Hemos renunciado á la vía hipodérmica empleando exclusivamente las inyecciones intramusculares que son siempre bien toleradas, no provocan gran dolor ni irritación local apreciable.

No obtuvimos al principio los efectos curativos esperados; sin embargo, algunos mejoraron y hasta curaron de sus accidentes específicos, pero este resultado no es la regla.

En vista de tales fracasos nos preguntamos si en este producto su acción sobre el oro y los albuminoides, que no descompone el calor de 120°, el mercurio formará con los cuerpos orgánicos á los que está asociado, una combinación bastante estable para resistir la acción de los líquidos orgánicos del cuerpo humano y atravesarle sin ser modificado, y, por consiguiente, sin abandonar la cantidad más mínima de su principio activo; nuestro interno de farmacia ha hecho sobre el particular una serie de investigaciones, y de ellas saca la conclusión de que el hermofenilo se descompone en el organismo y se elimina por la orina, compuesto metálico fácil de descubrir por los reactivos ordinarios.

Estábamos á punto de terminar nuestros ensayos con conclusiones desfavorables, cuando por indicación de los Sres. Lumiére empleamos dosis más activas administradas de distinta manera. Dimos el medicamento por la boca en disolución al 1 por 1000 á la dosis de cuatro cucharadas en las veinticuatro horas, que representan 6 centígramos de hermofenilo, y, por lo tanto, 24 miligramos de mercurio, ó en inyección intraglútea á la dosis de 4 centígramos, es decir, de 16 miligramos de mercurio disueltos en 2 centígramos de agua destilada; prescribimos á la vez la aplicación sobre las sífilides ulceradas, de tapones de algodón ó de compresas de gasa impregna-

dos de la disolución de hermofenilo al 1 ó 2 por 100. Los 20 enfermos que tratamos así, curaron todos con rapidez ó mejoraron bastante.

A pesar del aumento de la dosis y de la concentración mayor, los dolores provocados por las inyecciones intramusculares fueron mínimas, porque ningún enfermo se quejó. Sólo uno, á quien por error se le hizo una inyección subcutánea, sintió dolores agudos.

La ingestión por la vía gástrica fué siempre bien tolerada; únicamente tuvo diarrea un enfermo; en otro hubo estomatitis.

De los 20 enfermos que tratamos así con dosis suficientes de hermofenilo, 12 curaron completamente de sus manifestaciones sifilíticas; los otros 8 mejoraron, y si los accidentes no desaparecieron por completo, fué porque el tratamiento no se empleó el tiempo necesario.

Hemos observado en todos nuestros enfermos, á los diez ó doce días, un efecto manifiesto de la medicación; en algunos, las placas mucosas desaparecieron á los catorce días de tratamiento.

En otros casos, fué preciso seguir empleando el medicamento durante seis ó siete semanas, para que desaparecieran por completo las manifestaciones cutáneas; varios de nuestros enfermos volvieron á las pocas semanas á causa de recidivas; pero, ¿qué medicación pone al abrigo de ellas?

En resumen, el hermofenilo ejerce al parecer, al menos en las sifílides secundarias, un efecto análogo al de las preparaciones que se emplean de ordinario, si se emplea á dosis suficientes, y, á causa de la tolerancia notable de las vías digestivas y del tejido muscular, la única emulación de las dosis es el peligro del ptialismo. Resulta de las observaciones recientes de Mourand, que es posible ingerir diariamente hasta 30 centígramos de este medicamento sin provocar accidentes, y emplear por la vía hipodérmica 10 centígramos. Las ventajas de su empleo son: 1.ª, la posibilidad de inyectarlo á dosis relativamente elevadas en los músculos, sin provocar dolores ni inflamación local, al contrario de lo que ocurre con las demás preparaciones mercuriales; 2.ª, poder ser administrado por la boca sin producir trastornos digestivos; 3.ª, poder aplicar localmente disoluciones concentradas sin originar dolor ni irritación.

Estas ventajas son bastante notables y permiten clasificar el hermofenilo entre las preparaciones preferibles en el tratamiento de la sífilis.

No creemos que llegue á suplantar, en general, otros modos de administración del mercurio, por ejemplo, las fricciones en los enfermos que se hallan en situación de emplearlas y tienen paciencia para ello; tampoco podemos afirmar que en inyecciones intramusculares pueda, en casos muy urgentes, sustituir á los calomelanos; pero los casos en que puede lograrse una ú otra de estas medicaciones, de un modo exclusivo, son excepcionales; los enfermos tardan poco en cansarse; es necesario variar el modo de activar del medicamento; desde este punto de vista, el hermofenilo está destinado á prestar servicios; sustituye con ventaja á las demás preparaciones que suelen emplearse al interior, sobre todo á las célebres píldoras de protoyoduro; permite volver, por regla general, á la administración por la vía gástrica de preferencia á las inyecciones, con gran ventaja de la sensibilidad de los enfermos y con menos gastos.

(*Bulletin de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

VI sesión celebrada en Tolouse del 1 *al* 5 *de Abril de* 1902.

(Conclusión)

Insuficiencia hepática y enfermedades de la nutrición. — El Dr. GLÉNARD: Además de la «gran insuficiencia hepática», que es la agonía del hígado, además de la «pequeña insuficiencia», que es el estado agudo de las enfermedades del hígado propiamente dichas, existe otra insuficiencia más pequeña todavía.

Esta insuficiencia es crónica, incurable, adquirida ó hereditaria. Se revela por enfermedades no clasificadas todavía entre los padecimientos del hígado y que son alguna de las siguientes: enfermedades llamadas de la nutrición, ciertas dispepsias y neuropatías indeterminadas, ciertas clorosis, ciertas ptosis, ciertas dermatosis (hepátides eczematosa, herpética, xántica, ciánica, etc.), el estreñimiento habitual, la colitis membranosa, ciertas jaquecas, etc. Los caracteres urológicos son una discrasia ácida permanente, y además, durante las fases caracterizadas, la aparición espontánea de uno ó de otro de los signos de la «pequeña insuficiencia» (glicosuria, azouria úrica, urobilinuria, peptonuria, etc.).

Esta discrasia ácida es debida á la retención y acumulación en los humores de productos oxidados de un modo imperfecto; la suboxidación es debida á una lentitud de los cambios nutritivos, ésta á una insuficiencia hepática. La insuficiencia hepática, funcional primero, después material, es debida, cuando el hígado es normal, á que el trabajo exigido por la cualidad ó la cantidad viciosas de la ingesta es elevado en demasía (insuficiencia relativa) ó, cuando el trabajo exigido es normal, á que el hígado es muy débil (insuficiencia radical). Esta insuficiencia puede resultar de la duración exagerada de la insuficiencia relativa al trabajo excesivo del hígado forzado) ó al estigma funcional que deja una enfermedad anterior de esta víscera.

La discrasia ácida por insuficiencia hepática existe también en todas las enfermedades del hígado. Las enfermedades de este órgano pueden sucederse y alternar en un mismo individuo con las enfermedades de la nutrición, las dispepsias neuropáticas, etc., y transmitirse de este individuo á su descendencia; todas estas enfermedades, caracterizadas por un mismo principio, la discrasia ácida por insuficiencia hepática, son, por lo tanto, de la misma familia, la familia de las enfermedades del hígado, y cada una de estas manifestaciones morbosas de la afección de dicho órgano predispone á las otras. He propuesto el término «hepatismo» para revelar este carácter doble de naturaleza hepática y de serie familiar.

La doctrina del hepatismo difiere de las del artritismo, de la braditrofia y del herpetismo por los puntos siguientes:

1.° Agrega á la familia de las enfermedades de la nutrición (gota, diabetes, obesidad, litiasis biliar, reumatismo, etc.), ciertas dispepsias, ciertas neuropatías, ciertas clorosis, ptosis, dermatosis y las enfermedades del hígado (excepto la cancerosa, la sifilítica, la tuberculosa, la parasitaria, la cardíaca, la brightica, etc.);

2.° Adopta, por localización, el hígado y no la molécula de protoplasma de los tejidos ó el sistema nervioso;

3.° Tiene por caracteres no las manifestaciones articulares ó los tofos, no los trastornos vasomotores ó tróficos, sino los caracteres siguientes: como signos objetivos las anomalías objetivas palpables del hígado; como síndrome subjetivo el siguiente: trastorno de las funciones intestinales, periodicidad cotidiana ó cotinocturna de las molestias ó de los síntomas, trastorno del sueño, relación con la ingesta;

4.° Reconoce como causa inherente al organismo (causa segunda, causa diatésica), una insuficiencia funcional del hígado, y como consecuencia, no como causa, las suboxidaciones por lentitud de los cambios de la materia, de aquí la hiperacidez de la orina;

5.° Su causa primera no es siempre la herencia, sino una ú otra de las causas, en el individuo ó sus ascendientes, de las enfermedades del hígado: intoxicación (en particular el alcohol); autointoxicaciones y, sobre todo, los excesos de alimentos en el hombre, el embarazo y los actos de la vida genital en la mujer; infecciones (fiebre palúdica, tifoidea, disentería, gripe, etcétera); quebrantamientos psíquicos; ptosis traumáticas. El hepatismo puede, por lo tanto, ser adquirido ó hereditario. Es la herencia hepática sustituída á la artrítica, braditrófica ó nerviosa;

6.° Por último, como tratamiento, la doctrina del hepatismo sustituye, no sólo el empleo constante de los alcalinos, como la doctrina artrítica, no sólo el empleo eventual de la quinina, como el herpetismo, no sólo la higiene general, como todas las doctrinas, sino el tratamiento indicado contra las enfermedades del hígado: supresión de las causas primeras de enfermedad hepática; régimen alimenticio apropiado; alcalinos, purgantes y á veces diuréticos, diaforéticos.

Los hechos clínicos nuevos, en nombre de los cuales la he formulado hace quince años y la defiendo con una convicción creciente, se fundan en un nuevo principio de semeiología, la exploración sistemática del hígado en todos los enfermos, y en una técnica nueva de investigación, la palpación por el «procedimiento del pulgar».

La exploración sistemática en las enfermedades de la nutrición, las dispepsias, neuropatías indeterminadas, en las que se creía el hígado indemne, demuestra que está aumentado de volumen en la tercera parte de los casos. Este hecho ha sido comprobado por Bouchard, Le Gendre y Robin.

La técnica del procedimiento del pulgar prueba que además de una tercera parte de hígados gruesos, hay otra tercera parte anormales á la palpación, de modo que en el 60 á 70 por 100 de estos individuos el hígado está enfermo, porque todo hígado accesible á la palpación no se halla en estado normal; todo hígado enfermo es, además, insuficiente (excepto en algunos casos paradógicos y bien comprobados).

La técnica del procedimiento del pulgar ha pasado por tres etapas, cada una de las cuales ha enriquecido su dominio:

1.ª Sustitución, como método electivo, de la palpación á la percusión; 2.ª, utilización del descenso del hígado durante la inspiración, en cuyo momento es más accesible; 3.ª, utilización de la separación de la masa intestinal subyacente al hígado para dirigir hacia adelante la arista característi-

ca del borde de este órgano; gracias á este tiempo de la palpación, no se desconoce la presencia de un hígado blando descendido al vacío, no se confunde el vicio de conformación con la cirrosis, ni los tumores formados por el hígado con los que forma el riñón.

Esta técnica nueva ha enriquecido la semeiología del hígado con los hechos siguientes:

1.° Además de los cuatro tipos clásicos, hígado tumefacto, hígado hipertrofiado, hígado normal, hígado pequeño, es preciso describir los cuatro tipos siguientes de hígados blandos: hígado deformado, hígado ptósico, hígado hiperestésico sin otra alteración, hígado que sobresale detrás del borde de las costillas;

2.° Es preciso distinguir y describir caracteres de localización diferente, descubiertos por el procedimiento del pulgar, cuando existe en cada uno de los tres lóbulos izquierdo, medio y derecho del hígado;

3.° El procedimiento del pulgar permite apreciar, en cada uno de los tipos y en cada uno de los lóbulos, los signos, cuando existen, sacados de la forma, de la movilidad, del grosor, de la densidad y de la sensibilidad del hígado;

4.° Los detalles más insignificantes se aprecian con tal exactitud, que es fácil reproducirlos en forma de diagramas;

5.° La comparación de los diagramas sucesivos de un mismo hígado permite afirmar que:

a) El hígado enfermo es sitio de un proceso evolutivo constante, y las variedades objetivas observadas en un mismo hígado en el transcurso de años, no son más que las fases de este proceso;

b) Cuando el hígado se ha hipertrofiado, jamás recobra su integridad objetiva;

c) Los tipos de hígado blando: hígado deformado, hígado saliente, son los estigmas de una hipertrofia antigua de esta víscera;

d) Los tres lóbulos del hígado son respectivamente independientes uno de otro, en el caso de proceso patológico (independencia que he probado por la hidrotomía del hígado, y que Serejé ha demostrado por la fisiología y la anatomía patológica, á la vez que comprobaba una hipótesis mía, la relación de los diversos lóbulos con los distintos segmentos del intestino);

e) El proceso objetivo en las enfermedades del hepatismo (incluso las enfermedades del hígado) se desarrolla según un orden determinado en relación con la naturaleza (puerta de entrada) y la fase de la enfermedad, sea de un lóbulo al otro ó de un tipo objetivo al otro tipo objetivo del hígado.

La doctrina del hepatismo — con su procedimiento de investigación aplicado sistemáticamente en millares de enfermos afectados de dispepsia, neuropatías indeterminadas, enfermedades de la nutrición y enfermedades del hígado, aplicado, en centenares de casos, en un mismo enfermo durante varios años, y con comparación de los diagramas — se funda en los hechos clínicos siguientes:

1.° Hechos relativos á la localización hepática:

Frecuencia extremada de los hígados anormales (60 á 70 por 100), frecuencia mucho mayor que la de todo otro signo objetivo.

Frecuencia mayor de ciertos tipos objetivos en ciertas enfermedades, de

ciertas localizaciones lobulillares en ciertas variedades, de ciertos signos (por ejemplo, hiperestesia) en ciertas subvariedades consideradas antes como otras tantas enfermedades diferentes y sin localización.

Frecuencia de ciertos tipos característicos, común, por una parte, en las enfermedades de la nutrición ó de las dispepsias neuropáticas, de otra, en las enfermedades propiamente dichas del hígado; estos hechos prueban con toda claridad el parentesco hepático.

Síndrome subjetivo fundamental (periodicidad), trastornos del sueño, de la función intestinal, relación con la ingesta) igual en todas estas enfermedades. Hiperacidez de la orina.

2.° Hechos relativos á la patogenia hepática de las enfermedades de la nutrición y dispepsias, neuropatías indeterminadas:

Signos objetivos del hígado precursores de estas enfermedades.

Signos objetivos intercalares que prueban la permanencia del proceso hepático; estigmas de residuo.

Paralelismo del proceso evolutivo del hígado de lóbulo á lóbulo y de tipo á tipo y de la evolución de la enfermedad ó de la serie sucesiva de las enfermedades.

Explosión ó recidiva de una de estas enfermedades bajo la influencia de las causas determinantes propias á las enfermedades comunes del hígado.

Pronóstico de estas enfermedades deducido del estado del hígado.

Identidad de las indicaciones terapéuticas y del tratamiento eficaz.

Provocación, por la presión directa de tal ó cual punto del hígado enfermo, de ciertos síntomas subjetivos, entre ellos los que se utilizaban para caracterizar las enfermedades consideradas sin motivo como independientes de este órgano.

3.° Hechos relativos á la patogenia de la diátesis:

Persistencia, en el intervalo de las enfermedades, de los signos objetivos (estigmas) y de los síntomas subjetivos fundamentales del principio morboso hepático; además, en muchos casos, atributos permanentes de una insuficiencia mal caracterizada de una de las dos funciones, biliar ó úrica, del hígado (temperamento bilioso, uricémico ó hepatorrenal); frecuencia de las enfermedades intercalares del hígado.

Sucesión, según un orden determinado, de las enfermedades que padece un sujeto en el curso de su existencia; el orden de esta sucesión está relacionado con la causa primera del hepatismo.

Frecuencia del principio y de la terminación de la serie de estas enfermedades por una enfermedad propiamente dicha del hígado.

Tratamiento de la diátesis (hepatismo) idéntico al de las enfermedades propiamente dichas del hígado.

Profilaxis por la higiene y el tratamiento hepáticos.

Causa primitiva de la primera enfermedad de la serie idéntica á las causas de las enfermedades del hígado.

El hepatismo es una afección del hígado que se desarrolla en el curso de la existencia, revelándose, en sus diversas fases, por enfermedades diferentes, pudiendo terminar por cirrosis mortal ó por ptosis inofensiva, ó capaz de mantenerse por la terapéutica en estado de simple insuficiencia (predisposición, susceptibilidad).

Es posible descubrir las diversas variedades del hepatismo, tóxica, infecciosa, traumática, etc., según la causa primera. Cada una de estas variedades tiene su dispepsia, su neurastenia, su enteroptosis, su obesidad, su gota, su diabetes, su litiasis, etc., y paralelamente su hipertrofia, su tumefacción, su precirrosis, su prelitiasis, su neurosis, su ptosis, etc.).

El hepatismo alcohólico (alcoholismo insidioso) tiene para este estudio todo el valor de una diátesis experimental. Desgraciadamente para la generalización de esta doctrina, todos estos hechos se observan en la práctica privada. En el hospital casi no se ven estos diatésicos sino cuando una de sus enfermedades se ha complicado ó cuando es la última de la serie.

Investigaciones experimentales sobre el sulfato de estricnina.—El Dr. E. Maurel : Saco de mis observaciones las conclusiones siguientes :

1.ª Las dosis elevadas de estricnina no producen más que un corto período convulsivo al que sucede la insensibilidad y la resolución muscular ;

2.ª Cuando esta dosis no es muy elevada se ve en ciertos casos, después de varios días, presentarse de nuevo las convulsiones, y esta vez persistir más tiempo ;

3.ª Cuando se ha administrado á un animal estricnina en los límites de las dosis convulsivas, puede acelerarse la aparición de las convulsiones excitándole ;

4.ª Cuando se ha administrado á un animal la estricnina á dosis convulsiva y ha recobrado su estado normal, basta, para que aparezcan de nuevo las convulsiones, una dosis menor que la primera vez ;

5.ª En un animal que ha resistido una dosis convulsiva de estricnina, la eserina, que por sí sola no es convulsiva, puede despertar las convulsiones y éstas durar cuando menos tanto como bajo la influencia de la estricnina ;

6.ª Este fenómeno se observa con más facilidad en la rana, pero puede observarse también en el conejo ;

7.ª La eserina puede provocar las convulsiones, no sólo en los animales que se hallan bajo la influencia de la estricnina, sino también en otros á los que se ha administrado esta substancia á dosis inferiores á las convulsivas ;

8.ª Hasta ahora no me parece que la eserina ejerce la misma acción con las otras substancias convulsivas : toxina tetánica, tebaína y calabarina.

9.ª La eserina administrada antes de la estricnina en vez de facilitar su acción tetánica, parece más bien que la dificulta.

Estos hechos experimentales tienen al parecer importancia para interpretar los hechos clínicos, sobre todo los siguientes :

1.° La influencia de la excitación para facilitar la aparición de las convulsiones estricnicas, puede explicar el papel que desempeñan las emociones ó ciertas acciones mecánicas, como los ascárides lumbricoides, sobre la aparición de las convulsiones ;

2.° La aparición de las convulsiones bajo la influencia de un agente que por sí sólo no es convulsivo, puede explicar la aparición de ciertas convulsiones, sobre todo, en las asociaciones microbianas ;

3.° En todos los casos el estudio de este hecho, que por lo demás había sido ya señalado, pero al que según parece no se le ha dado gran importancia, abrirá una vía nueva en las investigaciones sobre el sinergismo.

El Dr. D'Espine : Los hechos referidos por el Dr. Maurel son interesan-

tísimos, aunque solo sea por lo que esclarecen el papel que la helmintiasis puede desempeñar en la génesis de las convulsiones de los niños, se comprende que de los niños predispuestos.

Opoterapia ovárica. — El Dr. B. de Camboulas : Desde 1898 he empleado muchas veces la ovarina en mi clientela y estoy satisfecho de su empleo. En la clorosis, la anemia y la amenorrea, he obtenido excelentes resultados, y muchas veces cuando la enferma había empleado los demás medios terapéuticos, quina, kola, ferruginosos, etc. En 15 enfermas no he tenido ni un fracaso.

He tratado también con éxito por la ovarina tres casos de dismenorrea.

El extracto ovárico es útil también en la menopausia, que produce con tanta frecuencia enfermedades. Con este medicamento desaparecen las cefaleas y los vértigos, disminuyen las bocanadas de calor, el flujo blanco, que sustituye con tanta frecuencia á las reglas, cesa con frecuencia y el estado general mejora siempre. La digestión se hace más fácil ; el estreñimiento tan frecuente en la edad crítica y en la mayor parte de las afecciones uterinas desaparece. He observado también casos notables y á veces hasta desaparición de la excitabilidad nerviosa, más ó menos excesiva de las enfermas en las épocas menstruales ; de 12 casos solo en dos no obtuve resultado aunque al principio hubo mejoría pasajera.

Sorprendido por los resultados del extracto ovárico en los casos anteriores, ensayé su acción en la metritis aguda y en la crónica. No creo que este tratamiento influya gran cosa sobre las lesiones uterinas, pero he obtenido buenos efectos en cuatro casos, dos de ellos de metritis crónica. El fenómeno dolor disminuyó bastante durante el período menstrual y desapareció casi en absoluto después de las reglas. La digestión mejoró, el apetito volvió y el estreñimiento desapareció por completo en pocas semanas.

En resumen, la medicación ovárica está, según creo, indicada siempre cuando se trata de alteración funcional, ó mejor dicho, de insuficiencia ovárica :

1.° Insuficiencia congénita : mujer mal reglada, con ó sin dismenorrea ;

2.° Insuficiencia dependiente del desarrollo : amenorrea y clorosis y muchas veces dismenorrea ;

3.° Insuficiencia dependiente de la menopausia natural ó artificial, post operatoria.

En una palabra, siempre que la glándula funcione mal, debe emplearse la opoterapia, ó al menos ensayarla antes de pensar en la intervención quirúrgica.

Derrames quiliformes.—El Dr. Boinet : Referiré cuatro casos de derrames quilíferos : 1.°, ascitis quiliforme en un caso de cáncer del estómago con propagación al peritoneo ; 2.°, derrame lactescente en un caso de tuberculosis intestinal con peritonitis ; 3.°, ascitis quiliforme en un caso de tuberculosis miliar aguda ; 4.°, derrame pleurítico quiliforme.

En los tres casos primeros, el color opalino no era debido ni á la presencia del quilo en naturaleza procedente de una alteración del conducto torácico, ni á la trasudación, por diapedesis, del conducto de los quilíferos finos ; dependía de la existencia de la grasa y de los cuerpos análogos procedentes de los productos de resíduos inflamatorios (fibrina, leucocitos), epiteliales

ó neoplásicos, en una palabra, de la degeneración más ó menos completa de los elementos figurados.

El cuarto caso demostró, además, con toda claridad los peligros de astenia, de colapso, á que expone una evacuación completa del líquido pleurítico quiliforme.

En ninguno de los cuatro casos había filaria. Los caracteres del suero sanguíneo sólo se estudiaron en un enfermo no lactescente.

Ninguno de estos derrames quiliformes debía su lactescencia á los leucocitos de un solo núcleo, con exclusión de los glóbulos rojos y de toda otra variedad de glóbulos blancos.

Fluorol. — El Dr. Duclos: El fluorol que he utilizado en terapéutica ocular es el fluoruro de sodio, un antiséptico estudiado por Arthur, Hubert y Blaizot en terapéutica general. Es útil, sobre todo, en disolución al 1 por 200 en el tratamiento de la dacriocistitis en sus diversos períodos; la inyección en las vías lagrimales no es dolorosa ni peligrosa, porque las propiedades tóxicas del fluorol son ligeras.

(*Le Bulletin Medical*). — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 20 *de Junio de* 1902.

Extirpación de la epiglotis y de partes adyacentes.—El Dr. Büdinger: Aquí presento un individuo al que se le extirparon en noviembre de 1901 la epiglotis juntamente con las porciones adyacentes de los pliegues aritenoepiglóticos y la mayor parte de la base de la lengua.

Este sujeto se presentó con un estado de nutrición muy malo en la consulta de enfermedades de la laringe que dirige el Dr. Heindl en el establecimiento nosocomial de la «Fundación de Rodolfo». En este sitio fué donde por primera vez le extirparon una parte de la epiglotis cancerosa, con lo cual su estado se mejoró en tales términos, que se pudo proceder á la operación. Después de colocada la cabeza en posición semipendiente y de practicada la traqueotomía baja é introducida una canulatapón, se ejecutó la faringotomía subhioidea, extirpando primeramente la epiglotis con sus inserciones, y después, previa división del hioides en la línea media, se extirpó también un trozo de la base de la lengua de más de un dedo de ancho. Se cosió la superficie cruenta de la lengua al hioides, se introdujo una sonda hasta el estómago, y sólo se pusieron suturas en los ángulos laterales de la boca. La canulatapón se reemplazó con una ordinaria. El enfermo se levantó al día siguiente; al cuarto se quitó el tubo; al octavo la cánula. A los dos meses estaba curado el enfermo.

Hasta ahora no se ha descrito en la literatura ningún caso en el que después de haber extirpado la epiglotis y además la base de la lengua, hubiese salido con vida el paciente. En mi entender, lo que más importa en estos casos es: 1.°, que el estado de la nutrición sea satisfactorio, y si es preciso, que se ejecute una operación previa para facilitar la ingestión de los alimen-

tos, como la que ha hecho en este caso el Dr. Heindl; 2.°, dejar abierta la herida para que las secreciones puedan salir con más facilidad; y 3.°, abreviar todo lo posible la permanencia de la sonda, á fin de que no se provoque una secreción muy abundante.

Lo interesante en este caso es la compensación del acto de la deglución. Se realiza primeramente aproximando la lengua á la laringe, para lo cual, por medio de sutura, se atrae la primera hacia el hioides y este último es atraído hacia arriba por la retracción cicatricial. Además de esto, se han hipertrofiado considerablemente los pliegues aritenoepiglóticos, que por delante se han adherido al hioides de tal suerte, que al hacer el sujeto un esfuerzo, se aproximan hasta dejar tan sólo una abertura anterior del grueso de una pluma de ave, y por último, cuando el individuo traga se echa hacia atrás, ó bien inclina la cabeza hacia el lado izquierdo, para que los alimentos caigan directamente desde la lengua á la zona correspondiente á los músculos faríngeos.

El sentido del gusto no está alterado; la voz se ha vuelto más alta de tono, según lo que dice el paciente.

El Dr. v. Eiselberg: En mi opinión, los casos en que el carcinoma de la epiglotis ha interesado la base de la lengua, son casi siempre inoperables. En un caso de cáncer de la laringe y de la lengua en que practiqué la extirpación total de la una y de la otra, transcurrió más de un año antes de que se presentara una recidiva ganglionar en el cuello. Yo siempre procuro ejecutar la extirpación de la lengua sin hacer previamente la traqueotomía; para ello, coloco la cabeza ó el cuello del enfermo en posición inclinada. También yo he visto producirse catarro y úlcera por decúbito del cartílago aritenoides á consecuencia de permanecer colocada por mucho tiempo la sonda gástrica que había introducido por la nariz. En vista de estos inconvenientes, la hago salir por la herida del cuello.

Tumores leucémicos de la piel.—El Dr. Kreibich: Aquí presento de nuevo el caso de tumores leucémicos de la piel que ya había traído en el año 1897 el Dr. Kaposi á esta misma Sociedad. La enfermedad se inició en septiembre de 1896, bajo la forma de una mancha roja en el carrillo izquierdo, la cual en marzo de 1897 se había convertido en un tumor. El enfermo tenía ocupada toda la cara por masas á manera de tumores la primera vez que se presentó. La piel que cubría dichos tumores estaba entonces tensa, de color violeta rojizo, no podía formar pliegues y parecía haber sido adelgazada por las masas tumorales subyacentes. Además, existían por aquella época tumores ganglionares en el cuello, en las regiones cubital é inguinal y tumores péndulos, que pertenecían evidentemente al epiplón, en el abdomen. El hígado y el bazo estaban infartados visiblemente. En atención á los caracteres de la sangre, en la que la proporción de glóbulos rojos á glóbulos blancos era de 28 : 1, y teniendo, además, en cuenta que aun en la piel aparentemente normal se encontraban acumulaciones de leucocitos alrededor de los vasos, creímos entonces que estaba justificado diagnosticar este caso de leucemia genuína de la piel.

Ahora bien, el cuadro morboso de entonces se ha modificado en los cinco años y medio transcurridos en la forma siguiente: Los tumores de la cara han aumentado, al parecer, de tamaño, pero en realidad en los sitios de los

antiguos tumores se encuentran ahora partes de la piel excesivamente péndulas y á manera de bolsas en las que, como lo da á conocer la palpación, se ha reducido seguramente la infiltración tumoral. Los infartos de los ganglios cervicales han disminuído en sus dimensiones; en cambio, persisten los tumores del abdomen y el hígado está mucho más aumentado de volumen que anteriormente, de tal suerte, que llega hasta el hipocondrio derecho. Lo que no ha variado absolutamente nada es el estado de la sangre, puesto que subsiste la misma relación entre la proporción de glóbulos blancos y rojos, y los leucocitos mononucleares siguen representando el 92 por 100 de todos los glóbulos blancos.

Micosis fungoides.— El Dr. Kreibich: La enfermedad del sujeto que aquí presento se inició hace cuatro años con rubicundeces circulares y como eczematosas de la piel. En la actualidad aparecen las extremidades superiores é inferiores con una rubicundez difusa casi igual; en unos puntos hay una descamación furfurácea ó en láminas anchas; otros aparecen cubiertos de masas córneas, á manera de verrugas, y que están mucho más adheridas. Estas masas, están muy desarrolladas, principalmente en ambas mamas, alrededor de los pezones, á cuyas zonas dan un aspecto papilomatoso, verrugoso. En esta piel, que presenta un color rojo difuso, se descubren infiltraciones de color rojo azulado, y la palpación hace percibir en estos puntos un engrosamiento circunscrito, extendido en superficie. En algunos sitios este engrosamiento se acentúa tanto, que forma unos tumores á manera de tomates, principalmente en la región frontal, alrededor de los párpados inferiores y en la nariz. Con tales infiltraciones planas y tumores, la cara presenta el aspecto propio de la leontiasis, tanto que esto podría recordar á primera vista, y desde cierta distancia, la lepra tuberosa. Están infartados los ganglios inguinales y de la nuca. La sangre presenta los caracteres normales.—(*Wiener klinische Wochenschrift*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Medio sencillo de descubrir la albúmina en la orina. — El procedimiento siguiente es sencillísimo y tiene la ventaja de poderse emplear cuando solo se dispone de una cantidad pequeña de orina. En un tubo de ensayo blanco y muy limpio, se vierte agua destilada hirviendo en la que se deja caer una gota de orina. Si ésta contiene indicios de albúmina se forma en el líquido, al descender la gota de orina al fondo del tubo, una opalescencia característica análoga por completo al humo del cigarro. Este metódo es mucho más sencillo que el de la ebullición. — (*Union pharmaceutique*). — F. Toledo.

Tratamiento de la arterioesclerosis con el suero inorgánico de Trunecek. — Sabido es que el Dr. Trunecek, partiendo de consideraciones teóricas, aconseja tratar la arterioesclerosis con su «suero inorgánico», ó sea una disolución de todas las sales inorgánicas que existen en el suero sanguíneo normal, pero en proporción décupla de la que contiene este suero, habiendo

publicado al mismo tiempo cuatro casos de arterioesclerosis curados con este procedimiento.

Los Dres. Zanon y Lattes dan cuenta ahora de tres casos de la misma enfermedad que han tratado también con el suero de Trunecek. Empezaron con inyecciones diarias de 1 cm³ y llegaron después hasta 2 cm³. En todos los enfermos se notó mejoría, sobre todo en la función cardíaca; además, la orina recobró su normalidad en color, acidez y peso específico. Los autores concluyen manifestando que juzgan muy útil el nuevo procedimiento.

(*Gazz. d. ospedali*).—R. del Valle.

Empleo de las flores de azufre en la fiebre tifoidea.—Un médico ruso el doctor Y. Vorochilsky, aconseja las flores de azufre en la fiebre tifoidea. Administra á sus enfermos cada dos horas 1 gramo 25 centígramos de flores de azufre (en los niños de 20 á 50 centígramos). Esta medicación produce á los dos ó tres días una mejoría notable; la enfermedad sigue una marcha más benigna. El azufre obra favorablemente en la fiebre tifoidea como antiséptico intestinal, protegiendo de una manera mecánica la mucosa del intestino contra la acción irritante de las materias fecales contaminada por el bacilo de Eberth y sus productos de secreción.

(*Le Bull. medical*).—F. Toledo.

Valor diagnóstico de los infartos inguinales en los casos de cáncer visceral.—El Dr. Carlos Viannay resume los resultados de su experiencia acerca del valor diagnóstico de los infartos de los ganglios inguinales en los casos de cáncer visceral, en los siguientes términos:

Son más frecuentes dichos infartos en los cánceres de los órganos pelvianos que en los de los órganos abdominales. Donde se observa con menos frecuencia es en los cánceres de los órganos torácicos.

Se pueden distinguir tres períodos en la afección ganglionar: 1.°, período inflamatorio precanceroso; 2.°, lesión propiamente cancerosa del parénquima ganglionar; 3.°, tumefacción inflamatoria como expresión de una infección secundaria en los casos de tumor ulcerado.

El mecanismo de la afección ganglionar puede ser: *a*) por trasporte directo de las células cancerosas realizado por la vía linfática, que es el caso del útero, único órgano de donde parten vasos linfáticos que se dirigen directamente á los ganglios inguinales; *b*) el tumor primitivo crece en un territorio cuyos vasos linfáticos comunican con los ganglios inguinales; *c*) por vía retrógrada.

El diagnóstico de la adenitis cancerosa como síntoma precoz se apoya en la dureza, indolencia y unilateralidad del infarto. A veces se confunde éste con una hernia pequeña. En un caso descrito por el autor, los vómitos que se presentaron hicieron pensar al principio en una hernia estrangulada, siendo así que se trataba de un cáncer gástrico.

El pronóstico de esta adenitis inguinal es malo, porque revela que en alguna parte del cuerpo existe un cáncer que está produciendo metastasis.

(*Lyon medical*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SUBORDINACIÓN PATOGÉNICA DE LAS DERMATOSES Á LAS DISPEPSIAS

POR EL DOCTOR

D. NICOLÁS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

De la Real Academia de Medicina de Madrid

(Conclusión)

Después de todas estas explicaciones preliminares que he conceptuado inomitibles para el más diáfano esclarecimiento de la intervención considerable que desplegan las dispepsias en la patogenia de un gran número de dermatoses, pasaré á puntualizar cuál de entre las modificaciones del quimismo estomacal es la que con mayor frecuencia coincide con las lesiones cutáneas.

La constancia de la hipoclorhídria unida casi siempre á la distensión y á la fermentación lacticobutírica gástricas, observadas por Mitour (l. c.) de una manera casi infaltable en la dispepsia de los acnéicos, prometía la probabilidad de descubrir en cada dermopatía un quimismo estomacal particular que permitiera asignar un gastricismo determinado á cada grupo de enfermedades de la piel; pero las indagaciones posteriores demuestran, hasta el presente instante, que las variantes de la clorhídria y demás elementos de la función química del estómago, aparecen sin dominante característica de la individualidad de las distintas dermatoses. El total de los estudios analíticos hasta hoy practicados, evidencian únicamente que el trabajo químico del estómago «aumentado ó disminuído en proporciones considerables, jamás está normal» (Ayrignac, l. c., pág. 81), predominando marcadamente la hipoclorhídria, puesto que si en las dispepsias sin repercusiones cutáneas se encuentran en general más de tres hiperclorhídricos por cada hipoclorhídrico, en las en-

fermedades de la piel el número de los segundos iguala ó excede al de los primeros (Saison, l. c., pág. 37).

En espera de que las investigaciones futuras acrezcan el archivo documental que ratifique ó rectifique la falta de diferenciación del quimismo gástrico, según la clase de lesión cutánea, la conclusión precedentemente expuesta reviste ya importancia práctica de alto valor, por cuanto que ella sanciona lo racional del proceder de muchos dermatólogos de fundamentar el tratamiento de la mayoría de sus enfermos sobre el régimen alimenticio, el cual parece más lógico prescribirlo, no según las indicaciones de la manifestación dérmica, sino según las que dicte la anomalía del quimismo estomacal.

La acidez de fermentación ofrece como peculiaridad característica el estar representada lo más frecuentemente por el ácido láctico, cuya presencia «es casi constante, sobrepasando de 1 gramo por litro y llegando hasta 2'80 gramos». (A. Robin, l. c., pág. 719). El ácido butírico se encuentra menor número de veces, pero muchas más que en las dispepsias no coetáneas con erupciones dérmicas, en las que solamente se descubre en un tercio de los casos de fermentaciones gástricas. La acidez acética es la más rara de todas, y si bien en los casos de eczema, observados por Maynet (l. c., pág. 104), ocupa el primer lugar, el autor considera el hecho más que como distintivo propio de la entidad patológica, como resultante accidental de las condiciones personales de los enfermos, hombres todos que habían traspuesto la media de la edad de la vida y tenido hábitos alcohólicos.

Intentando ahora inquirir cómo el acto patológico de fermentación intraestomacal actúa sobre la piel para producir las dermatoses, se pueden invocar numerosos mecanismos, cuya misma pluralidad enmaraña la solución del asunto, é induce á suponerle de origen complejo, dimanado de la combinación de varios de ellos en proporciones inaccesibles á medida precisa. En principio, los intermediarios que enlazan la lesión de la piel con las fermentaciones gástricas, tienen que estar representados: «1.°, por una viciación de los cambios nutritivos; 2.°, por una alteración particular, morfológica ó química, del medio sanguíneo; 3.°, por una perturbación del sistema nervioso, y 4.°, por una irritación directa de la piel, por eliminación de los productos de la fermentación». (A. Robin, l. c., pág. 722). Indagaré cuál de los mecanismos enunciados, bien por sí solo, bien por mutua asociación, es el que envuelve mayor garantía para la interpretación más verídica de la realidad del fenómeno.

Desde el punto de vista de los cambios nutritivos generales, juzgados por el análisis químico de las orinas, nada hay que anotar como singular de las dispepsias complicadas de dermatoses. La coexistencia de éstas, no imprime al metabolismo nutritivo modificaciones especiales, y á ellas solas imputables. «La comparación del quimismo urinario con el quimismo gástrico, demuestra que el primero es función del segundo, sin que corresponda ninguna participación á la dermatose concomitante». (Ayrignac, l. c., pág. 81). Todas las anomalías apreciadas en la proporción y relaciones de los componentes de la secreción renal, encuentran perfecta explicación en la desviación del trabajo digestivo de los alimentos, ocasionada por las alteraciones de la clorhídria estomacal; de suerte que no hay posibilidad alguna para pretender edificar una patogenia sobre variantes desprovistas de significación concreta al fenómeno que se trata de descifrar.

Repetidos exámenes hematológicos, practicados por distintos clínicos en individuos que padecían prurigos, eczemas ó urticarias, han acusado modificaciones numerosas del medio sanguíneo, sobre todo en su morfología, que presenta una considerable abundancia de elementos globulares que apenas se encuentran en la sangre normal, tal como sucede con los eosinófilos. La constancia y marcada intensidad de esta eosinofilia, «que guarda relación con el incremento de la dermatose y evoluciona paralelamente á las lesiones cutáneas» (Bezançon et Labbé (1), autorizan á aceptar, ó por lo menos á suponer racionalmente, que las fermentaciones gástricas, ó mejor los productos irritantes por ellas engendrados, obran sobre la piel por intermedio de las lesiones sanguíneas á que dan lugar.

La influencia del sistema nervioso central, admitida en otras épocas como factor sobresaliente en la génesis de las dermatoses, no cuenta en el día con mayor trascendencia que la que como episodio histórico merece. Besnier (l. c.) declara que probablemente no existe ningún prurito que pueda atribuirse á un trastorno inmaterial de la inervación, á una neurose pura, á una neurodermia. Todo induce á creer que si el sistema nervioso central interviene, sólo lo hace á título secundario, actuando sobre la intensidad del prurito en concordancia con la susceptibilidad nerviosa del enfermo. «¿No es más racional admitir, interroga A. Robin (l. c., pág. 727), que los ácidos de fermentación que se excretan por la piel, irritan directamente los

(1) Bezançon et Labbé. *Le sang dans les maladies.* [Archiv. gén. de médecine, nouvelle série, t. VII, pág. 758, Juin 1902].

filetes sensitivos nerviosos del dermis, irritación capaz de resonar por vía centrípeta sobre el sistema nervioso central, que invocar una acción inicial de los centros que reaccionase por efecto centrífugo sobre la piel?..... La intervención directa del sistema nervioso central parece, pues, tanto más hipotética cuanto que ningún hecho decisivo la confirma».

A. Robin (l. c. eodem), que es el práctico que mayor suma de trabajo tiene acumulada en el estudio del asunto que me ocupa, en sus investigaciones instituídas sobre la eliminación directa de los ácidos de fermentación por la piel, ha apreciado tres hechos de suprema importancia. El primero es que en los pruriginosos eczematosos el sudor posee una acidez casi doble de la normal. El segundo no revela menor característica, mientras que en el hombre sano, la acidez del sudor decrece á medida que la secreción se prolonga, en los dispépsicos eczematosos persiste, conservándose aumentada hasta el fin de la sudación. El tercer hecho consiste en la demostración objetiva del ácido láctico en el sudor de los enfermos, en quienes era muy acentuada la fermentación láctica del contenido estomacal. El simple enunciado de estos tres hechos habla elocuentemente en favor de la hipótesis de la irritación directa de los filetes sensitivos del dermis por la eliminación cutánea de los productos directos ó indirectos de las fermentaciones gástricas.

Esta nueva patogenia que otorga á la sangre el papel, al propio tiempo que de medio receptor con detrimento de su constitución, de vehículo transportador de los ácidos orgánicos elaborados por las fermentaciones viciosas digestivas, y confiere á las glándulas de la piel el de agentes purificadores por servir de vía de descarte de aquéllos, suministra persuasivos datos para la fácil inteligencia de la acción determinante de las dispepsias sobre la evolución de un gran número de dermatoses.

Si los empíricos recalcitrantes consideran las diátesis como cosas intangibles é indiscutibles, que forzosamente presuponen un acomodaticio estado particular del organismo, una modificación constitucional *sui generis*, el parentesco químico que las investigaciones contemporáneas establecen entre los desórdenes gástricos y los excreta cutáneos de los dermopáticos, comienza á proyectar lumínica aclaración sobre el misterio de la naturaleza íntima del *herpetismo*, *artritismo* y *escrofulismo*; tres palabras á diario pronunciadas por los labios de los prácticos, pero jamás por nadie definidas, é incomprensibles para todo espíritu reflexivo que no se

deje fascinar por el deslumbrador espejismo de la pura dialéctica.

Conocidos, mediante el conjunto de cuantas consideraciones quedan expuestas, el por qué de la frecuente latencia de la dispepsia concomitante de las dermatoses, el aspecto clínico con que preferentemente se manifiestan los desarreglos gástricos que la traducen, y el mecanismo patogénico que vincula en ella el carácter de generatriz de las lesiones cutáneas, corresponde ahora, como complemento último del estudio de la tesis, entrar en el capítulo de la terapéutica; pero en atención á que el tratamiento de las dispepsias acompañadas de repercusiones cutáneas en nada discrepa del de las dispepsias sin complicaciones por parte de la piel, me limitaré á muy escuetos comentarios.

Cuando en el curso de cualquier dispepsia se instalan las fermentaciones, debe instituirse concurrentemente á su tratamiento especial, el reconocido como peculiar de éstas, cuya fundamental cualidad es impedir las fermentaciones ó anular sus efectos, acciones ambas que se creyó lograr integralmente, mediante la *ingestión de los antisépticos* y la *práctica del lavado gástrico.*

La **antisepsia estomacal directa,** cimentada sobre bases meramente teóricas, ha sido derruída por los fracasos de la observación clínica, no subsistiendo, en la actualidad, más que el recuerdo de su efémero esplendor. Ciertamente, para conseguir una efectiva antisepsia estomacal, sería menester emplear tales dosis medicamentosas, que aniquilarían la función péptica ; inconveniente que, aunque evitable por la prescripción de las dosis débiles, éstas no reditúan ningún utilizable beneficio, porque, resultando incapaces de ejercer el más pequeño poder antiséptico, tienen la paradójica condición de crear un medio favorable para la aceleración del proceso fermentescible, y ocasionar un estado irritativo de la mucosa gástrica, que empeora la dispepsia, y enardece las sensaciones dolorosas que atormentan al enfermo. En suma, encierra magno interés protestar contra la inveterada costumbre de prescribir los antisépticos desde el instante en que se diagnostican las fermentaciones viciosas digestivas; en semejante caso, lo que principalmente debe preocupar es corregir la preexistente anomalía del quimismo gástrico, ora excitando la languidez digestiva de los hipopépsicos, ora atenuando el eretismo estomacal que, en los hiperpépsicos, retiene estancados, por prolongado tiempo, los alimentos dentro del ventrículo abdominal.

Ante la ineptitud y nocividad de la antisepsia estomacal directa,

se ha recurrido, para satisfacer la necesidad de la indicación, á la **antisepsia indirecta**, consistente en inhibir la acción de los fermentos figurados sin estorbar la actividad de los fermentos solubles, agentes indispensables de la digestión normal. El FLUORURO DE AMÓNICO, el ERITROL y el AZUFRE YODADO, tres medicamentos aconsejados por A. Robin (l. c. pág. 509), son los que, por personal experiencia puedo afirmar, mejor responden al expresado propósito; gozan de inocuidad absoluta, obran pronta y eficazmente, y tienen el mérito de proporcionar el máximo de efecto con una mínima de dosis.

El **lavado del estómago** realiza la **antisepsia mecánica** de la víscera. Al período de entusiasmo, que no admitiendo limitaciones, erigió su empleo en un tratamiento sistemático, ha sobrevenido la demarcación de sus indicaciones, deducidas del resultado de los hechos, las cuales circunscriben el éxito terapéutico á los casos de acentuada estenosis pilórica, espasmódica ó lesional. La práctica del lavado en los gastropáticos con estancamiento de los ingesta, no es una operación de indiferente futesa; requiere cuidadosa vigilancia, presidida por una aplicación razonada. Como primordial condición no debe repetirse su uso antes de la reaparición de los síntomas que lo reclaman—evacuación pilórica muy retardada, grande distensión gástrica, constancia del gorgoteo ó eructos nidorosos—, y que, según la naturaleza y causas originarias de la retención, hacen variable la distancia separatoria de uno ú otro cateterismo estomacal, que siempre se efectuará lo más lejos posible de las comidas. Efectivamente, cada lavado sustrae substancias alimenticias en transformación digestiva ya utilizable para el proceso nutritivo, y, si se insiste en la maniobra depletiva demasiado á menudo, la absorción, ya amortiguada á consecuencia de la enfermedad, exagera el autofagismo con que la economía compensa el deficiente ingreso de materiales que han de reponer los perdidos en la desasimilación. Además, en el estado fisiológico, los cloruros contenidos en el jugo gástrico, y eliminados, por tanto, al nivel de la mucosa estomacal, son en gran parte absorbidos en el intestino; reintegración que queda definitivamente abolida con el lavado, estableciéndose subsiguientemente una hipocloruria exagerada, cuya gravedad puede apreciarse con sólo recordar que el cloruro de sodio representa el elemento salino común á todos los líquidos del organismo, y sin el que el hombre no puede vivir.

Algunos prácticos buscan, por mediación del lavado, no exclusivamente la limpieza del estómago, sino también el modificar la com-

posición de su contenido ó las alteraciones anatomopatológicas de la membrana de revestimiento de las paredes continentes, á cuyo objeto disuelven en el agua medicamentos de diferentes órdenes; pero la experiencia ha enseñado que el efecto del lavado es ante todo mecánico, y que la adición de cualquier agente farmacológico resulta estéril, y no pocas veces ofensiva por la reacción que determina sobre la mucosa, en la mayoría de los casos, muy sensible á toda excitación. Tanto es así, que en los hiperclorhídricos con hipersecreción permanente vengo, años antes (1) de que A. Mathieu (2) levese su reciente Comunicación á la Sociedad de Terapéutica de París, procediendo á la evacuación por expresión del líquido de éxtasis *sin practicar el lavado.* Este simple **cateterismo evacuador,** precave todo efecto irritante derivado del acto operatorio, determinando, sin embargo, la suficiente limpieza, puesto que la mejoría sentida por el enfermo y apreciada por la investigación del clínico, acusa la ruptura del círculo vicioso que aprisiona á estos gastropáticos. El éxtasis es una causa activa de hipersecreción clorhídrica, la hipersecreción clorhídrica á su vez provoca el espasmo del piloro, causa de éxtasis, y el éxtasis entretiene la hipersecreción clorhídrica.

Como elemento capital de tratamiento se considerará el **régimen bromatológico.** Una dietética inspirada en la necesidad de suministrar al dispépsico un cierto número de calorías—valor nutritivo de los alimentos—cedidas por las substancias elegidas de conformidad con el estado de las funciones digestivas — digestibilidad de los alimentos—, basta por sí sola, sin medicación alguna, para reducir la intensidad del proceso fermentativo. Supeditando siempre el régimen á la indicación esencial especializada por las anomalías del quimismo gástrico, la coexistencia de las fermentaciones exige, como particularidad á ella conexa, adoptar ciertas precauciones en la prescripción de los alimentos ternarios, por razón de que los hidratos de carbono constituyen los materiales más importantes, á cuyas expensas se fraguan aquéllas. Esta categoría de alimentos se ingerirá en parcas raciones consecutivamente á un lavado gástrico, ó por la mañana después del ayuno de la noche. Si á pesar de los lavados no

(1) R. y Abaytúa. *La forma permanente de la gastro-sucorrea.* Pág. 29. Madrid, 1898.

(2) A. Mathieu. *Note sur le traitement de l'stase gastrique avec hypersecretion par le tubage evacuateur, sans lavage suive d injection de poudre de viande.* (Bull. gén. de thérap., t. CXXXII, 17e livraison, noviembre 1901).

se interrumpe la continuidad del proceso fermentativo, es menester administrar los hidrocarbonados por la vía rectal, utilizando las disoluciones de glucosa.—Las grasas, que tan gran valor nutritivo poseen desde el punto de vista de su equivalente calórico, se toleran mal de ordinario, dando lugar á la formación de ácidos grasos; esto no obstante, debe ensayarse su uso, atendiendo á que, según las recientes investigaciones de Strauss (cit. por Frenkel) (1), la grasa procedente de la leche, si se diluye en el mismo líquido, resiste mejor, sobre todo en los hiperclorhídricos, á la pululación microbiana, que los hidratos de carbono, y no alarga la duración de la permanencia del segregado mamario en el estómago.—Todos los alimentos deben ofrecerse finamente divididos ó reducidos á puré, á fin de que presenten la mayor superficie posible al ataque de los jugos digestivos. Su apresto culinario preferible consistirá en una perfecta coción, por ser ésta el medio de mayor eficacia de que se puede disponer, para disminuir la ingestión de los microorganismos y para amenguar la aptitud fermentescible de los productos bromatológicos. Además, como condiciones incluídas dentro de las generales de la ley se proscribirán: los alimentos ricos en toxinas y que con frecuencia suscitan atenuadas intoxicaciones—carnes atrasadas, moluscos, crustáceos, pescados fácilmente alterables—; los fuertemente salados que aminoran la alcalinidad normal de los humores—embutidos, conservas—; y los excitantes, de cualquier naturaleza que sean, que, dotados de un poder osmótico considerable, promueven una trasudación del suero sanguíneo en las células y de las células en la cavidad gástrica, acrecentando así la sobrecarga del estómago por los líquidos—condimentos, alcoholes, vinos—.

Apuntadas las indicaciones y los indicados que ostentan superlativo carácter de singularismo para la terapéutica de las fermentaciones gástricas, resta por anotar que al tratamiento interno de la dispepsia debe asociarse el externo conveniente para la demartose, el cual en nada diferirá del prescripto y detallado en los Tratados especiales de esta clase de enfermedades.

Si el origen gastro-intestinal de múltiples dermatoses del adulto no admite la más leve sospecha de incredulidad, las íntimas conexiones del aparato digestivo con la cubierta tegumentaria del organismo, aparecen en el niño de pecho diáfanamente perceptibles. «Su piel es, por decirlo así, la piedra de toque de su digestión, y de igual manera que sus rudimentarias facultades intelectuales no les permi-

ten soportar sin gemir el menor de sus males, sus órganos internos no pueden experimentar la menor lesión sin manifestarla prontamente al exterior» (Saison, l. c., pág. 14).

«No únicamente expone J. Simon (cit por Saison, l c., págs. 15-16), la viciosa dirección impresa á la lactancia y al destete tiene por primer efecto trastornar las funciones digestivas, sino que también engendra secundariamente erupciones variadas: eritemas, herpes, eczema, forunculosis, impétigo, urticaria; en una palabra, un gran número de afecciones cutáneas reconocen por principal agente determinante la perturbación funcional del tubo digestivo. Estas dermatoses no deben considerarse como accidentes locales contra los que sólo cabe aplicar los tópicos, sino que, por el contrario, se buscará su origen en las infracciones de la higiene: la lactancia ó el destete, en donde se encontrará el punto de partida de la dispepsia».

La revisión de la literatura paidopática contemporánea no descubre la consignación de ningún dato concreto sobre las variantes que, en los estados dispépsicos de los niños de pecho, puede ofrecer el quimismo gástrico; pero no será aventurado suponer que entre ellas figurará como dominante la fermentación láctica. En efecto, la leche, alimento exclusivo de esta primera época de la vida, da ácido láctico durante su digestión normal, y claramente se concibe que, por el hecho de una digestión anormal promovida por el exceso de cantidad ó el defecto de calidad del ingesta, la proporción de este ácido adquiera desusada intensidad. De aquí, pues, que en la primer infancia, lo mismo que en la edad adulta, las fermentaciones gástricas introduzcan en el torrente circulatorio cuerpos extraños á la composición fisiológica de la sangre, y arrastrados por ésta para descartarlos por las glándulas excretoras de la piel, comuniquen á las secreciones de las mismas propiedades morbígenas, que ora por provocación irritativa y congestiva, ora por acción química resultante de la alteración de los productos de excreción, infiltran el dermis y sirven de acto preparatorio para el desarrollo de las lesiones epidermodérmicas características de las dermatoses.

Aunque de un modo indirecto, prestan muy sólido apoyo á esta concepción patogénica los novísimos estudios experimentales de Le Calvé (2). Fisiológicamente se produce en el intestino, bajo la influen-

(1) Frenkel. *Sémiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac.* Pág. 484. Paris, 1900.

(2) Le Calvé. *Contribution à l'étude de deux toxines intestinales.* (Arch. gén. de méd., nouv. serie, t. VII, mai, 1902).

cia de la flora microbiana en él anidada, el indol, y la cantidad de esta toxina acrece tanto más cuanto mayor auge toman las putrefacciones intestinales post digestivas. Sabido es que dicha substancia, fabricada en mínima ó en máxima proporción, según el estado de la función digestiva, se transforma en su mayor parte, al atravesar el hígado, en un cuerpo nuevo, en un compuesto sulfoconjugado, menos nocivo que la toxina original, y que se descubre en la orina bajo esta forma, es decir, en estado de índican ó indoxisulfato de potasio; la parte no modificada por el hígado se arroja al exterior con las heces ventrales. Resultado de la transformación del indol intestinal, el índican sigue paralelamente las oscilaciones cuantitativas del fenómeno generador, y todas las condiciones que favorecen su absorción, aumentan la proporción en que es excretado por la orina. Que su producción acrezca por causa de la sobreactividad fermentativa intestinal, que no quede neutralizado á consecuencia de su exceso ó de la insuficiencia funcional hepática, ó que la parte destinada á ser expulsada con el bolo fecal permanezca en el intestino, con motivo del estreñimiento, ocurrirá entonces la impregnación del organismo; impregnación que extenderá su acción sobre diversos aparatos, produciendo, aparte de una influencia electiva sobre el riñón y los centros nerviosos, localizaciones morbosas en la piel, traducidas por edemas agudos cutáneos, de los que el citado autor hace responsable al índican, fundándose en la identidad de las lesiones sufridas por los animales sometidos á la experimentación con las apreciadas en la autopsia de un enfermo con constante indicanuria, «que era atormentado á cada instante por edemas agudos de la cara, de los miembros, del tórax y de las primeras vías digestivas y respiratorias, y que sucumbió en el curso de uno de estos accesos de una obstrucción de la laringe, provocada por una voluminosa infiltración serosa» (Le Calvé) (1).

En resumen, desde el punto de vista práctico, las deducciones terapéuticas emergidas de cuanto queda consignado, revisten identidad absoluta, ya se refieran al adulto, ya se relacionen con el niño de pecho. «En los recién nacidos, en los niños amamantados, hay que conceder detenida atención á la regularidad de las tetadas, al estado de las heces ventrales, y, es necesario decirlo, á la alimentación de las nodrizas. Los que han observado con cuidado estas cosas, saben que un número no escaso de dermopatías infantiles no

(1) Le Calvé. *Pathogenie des œdèmes. Œdème aigu toxi-névropathique.* Thèse du doct. París, 1901.

tienen otro origen que las alteraciones de la leche, por mal régimen alimenticio de las nodrizas ó por desórdenes secretorios reiterados, ligados á perturbaciones nerviosas de toda clase á que pueden estar sometidas. Vigilancia más estrecha todavía cuando se cría al niño sin nodriza; esterilización perfecta y verdadera de la leche inmediatamente después de ordeñada; reglamentación atenta de las horas en que ha de tomarse la leche y de la cantidad, generalmente demasiado grande, que se ha de dar de cada vez.

»La época del destete representa otra fase en la cual sobrevienen muy frecuentemente los accidentes cutáneos resultantes de una viciosa práctica del régimen, abandonada á la incompetencia ó á la rutina. Si el médico es consultado para la dirección de este régimen ó á propósito de trastornos digestivos, procederá sabiamente mostrándose algo menos optimista de lo que se es ordinariamente; tratará con seriedad los menores desórdenes, y hablará á las madres con la precisión y la severidad que estos asuntos reclaman» (Besnier) (1).

Abrigo la creencia de que el texto de las páginas que anteceden conducirá al convencimiento de la realidad de la relación de causa á efecto existente entre los desarreglos gástricos y las alteraciones de la piel. La enunciada patogenesis servirá de guía directriz en el arte difícil de tratar la coordinada subordinación de las gastrodermopatías. Descifrando la clave patológica que une entre sí funciones tan alejadas topográficamente una de otra como las del estómago y las del tegumento cutáneo, proporciona segura base para asentar la selección de los medios de tratamiento. La terapéutica, antes de ser aplicada, debe de ser explicada; condición que exige la reconcentración de toda la solicitud del médico, porque, como con elevado criterio dice Landouzy (cit. por la señorita Gaboriau) (2): «La terapéutica entraña la moralidad de los estudios médicos y la razón de ser del clínico», quien, por única verdadera remuneración del derroche de su patrimonio energético en pro de la salud de sus semejantes y del bienestar de la humanidad, no debe esperar más que la placidez de conciencia inherente al dejar cumplida toda obligación impuesta por libérrima espontaneidad.

(1) Besnier. *Traitement de l'eczéme.* Traité de thérap. applique, publie sous la direct. de A. Robin. Especialités. Traitemente des maladies de la peau, 1.er partie, págs. 101-2. París, 1897.

(2) Señorita Gaboriau. *Essai sur la génese et l'évolution de la therapeutique.* Thèse du doct., pág. 5. París, 1898.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona

---

SUMARIO: I. La leche y las enfermedades (fiebre tifoidea y tuberculosis).— II. La viruela en Londres.—III. Las exosas y biexosas como alimento.— IV. Los progresos de la incineración en 1901. — V. Influencia de la menstruación de las nodrizas en los niños.

I. El Dr. G. William Poore ha publicado, en *The Clin. Journ.* (1902), un trabajo interesante repleto de datos relativos á *La leche en sus relaciones con la salud y la enfermedad.*

Comienza recordando el siguiente hecho observado por Ballard, de Islington, en 1870. Notó que en un perímetro limitado, de un cuarto de milla, hubo 168 casos de fiebre tifoidea con 26 muertos, en 62 casas; en todo lo demás de la circunscripción, que es importante, sólo se registraron 20 defunciones causadas por la misma infección. No habían cambiado las condiciones higiénicas en la barriada, el agua potable era común á todos los habitantes y se sospechó de las emanaciones miasmáticas procedentes de las obras del ferrocarril del Norte de Londres. Una mujer dijo á Ballard que la culpable era la leche, y aun cuando le pareció ridícula la idea, empezó á hacer indagaciones. En la familia y empleados de la lechería hubo 8 casos; 54 de las 62 familias infectadas eran clientes habituales, y de los 26 muertos, 25 habían tomado leche de dicha procedencia; la lechería abastecía 142 familias de las 2.000 de la circunscripción; de estas 142 familias fueron atacados 72 individuos; de los 14 casos de muerte ocurridos fuera del perímetro, 5 eran clientes regulares y los otros clientes por azar.

Resultó, por tanto, que la mayoría de los invadidos usaba leche del sitio infectado En la mayoría de las familias (75 por 100), hubo dos, tres y más atacados; en una casa ocupada por varias familias, los enfermos fueron únicamente los dos que bebían la leche sospechosa. En posesión de todos estos datos, Ballard visitó la lechería y encontró que las ratas habían establecido comunicación entre el depósito de materias fecales que había recibido las deposiciones del *primer enfermo* y el depósito del agua con que se lavaban las vasijas destinadas á la leche.

Este primer hecho, de origen tan inesperado, fué puesto en claro gracias á la paciencia y celo de Ballard. Después han continuado otros, numerosos por cierto, y hoy se tiene el convencimiento de que la leche es vehículo del germen tifoideo, no por la vaca, sino por malas condiciones de las aguas, establos, excreta, etc.

Respecto á la *tuberculosis*, si en estos últimos años causa menos defunciones en Inglaterra, hay que advertir que la mortalidad por diarrea en los primeros tiempos de la vida es una excepción, en ésta mengua, posiblemente porque es la edad en que más se consume (R. Thorne); sería debida á la tuberculosis de los pezones.

De 1881 á 1890 hubo en Inglaterra 8.890.238 nacimientos; la mayoría de estos niños bebía leche y han muerto 39.194 de diarrea, (1 por 228), y en total sucumbieron 1.259.860 (142 por 1000; antes 149 por 1000).

Si fallece el 3 por 100 de los niños en el primer año, aun cuando beban leche, esto no prueba relación de causa á efecto.

Clasificando las defunciones, hay:

294.208 por coqueluche y enfermedades respiratorias.
215.666 por enfermedades nerviosas, especialmente convulsiones.
180.801 por diarrea, cólera y enfermedades digestivas.
25.366 por sarampión.
21.695 por traumatismos.
39.194 por enteritis.
7.246 por tisis.
32.615 por otras tuberculosis.
444.275 por causas desconocidas.

La tuberculosis ha hecho, por sí sola, reuniendo las cifras, 79.055 óbitos, es decir, 1 por 16, mientras que en las otras edades produce una mortalidad de 1 por 8.

Antes de afirmar que la tabes mesentérica es una forma de tuberculosis debida al uso de la leche, hay que probar, con la autopsia, que siempre es tuberculosa; lo que no está probado, antes bien, es un término vago é indeciso. Por lo tanto, de esos 39.194 se ignora los que fueron tuberculosos. Y los que son tuberculosos, tal vez no lo sean por inoculación primitiva, ya que la mayoría de los patólogos alemanes é ingleses afirman que la tuberculosis del tubo digestivo es rara.

Suponiendo que el niño sea tuberculoso primitivo de las vías digestivas, se ha de probar que la leche es la culpable, que contiene bacilos, que estos viven y que provienen del pezón, no de otro origen. El autor continúa estas consideraciones, tendiendo á conceder poca

importancia al peligro procedente de la leche, que reputa una hipótesis no probada.

Excluídos los niños menores de un año, la mortalidad por tabes mesentérica ha sido de 28 por 1000 en el decenio de 1881 á 1890. Están por encima de la media las regiones manufactureras (Durham, Northumberland, Nottingham, Londres, Lancashire, Yorkshire, Staffordshire y Worcertershire), y por debajo aquellas otras en que predomina la industria lechera, siendo muy baja en Dorsetshire (11 por 1000), y muy alta en Durham (46 por 1000), es decir, más del cuádruple. En todas las comarcas inglesas agrícolas la mortalidad es mínima de 11 á 19 por 1000. Por tanto, la proximidad á las vacas y la facilidad en el consumo de la leche no tienen efectos nocivos relativamente á la mortalidad por tabes.

Veamos ahora la frecuencia de la tisis en los que manipulan la leche. De numerosos datos estadísticos deduce el autor que estos operarios, los que andan con vacas, los que cuidan á tuberculosos de toda suerte, los médicos, los enfermeros, etc., etc., no dan un contingente grande á la tuberculosis.

A esta altura de hechos y razonamientos, Poore plantea otra grave cuestión: ¿la tabes mesentérica es debida á la leche ó á la falta de leche? Contesta inmediatamente con este hecho: en la *University College* se da á los niños cuanta leche necesitan y aceite de hígado de bacalao; de ser mala, habría perjuicios; no es así, y los niños se desarrollan bien; no es, pues, un veneno, es un alimento. Y añade: en vano se busca hechos que prueben la relación de causa á efecto entre la leche y la tabés; nada hay que se parezca á la expresiva epidemia de fiebre tifoidea descrita é investigada por Ballard. No es el estudio de laboratorio el de la clínica y el del medio cósmico.

El autor no quiere discutir el candente tema de la identidad ó no identidad de las tuberculosis humana y bovina, pero dice que la transmisión, en el supuesto de que sea la misma, no está bien demostrada.

Opina que valen más el aire libre, el campo, etc., que todas las esterilizaciones de la leche, y que ésta debe ser consumida sin tratamiento alguno, como es mejor comer carne fresca que la traída de los antípodas. El aumento en peso de los niños no debe ser la única guía en materia de alimentación, pues los nutridos con leche esterilizada, por gordos y sanotes que parezcan, pueden con facilidad convertirse en raquíticos.

II. Hasta 1898 las vacunaciones y revacunaciones eran obligato-

rias en Inglaterra, y las epidemias de viruela habían sido casi extinguidas. En tanto las ligas antivacunistas trabajaban sin descanso y al fin lograron que el Parlamento modificara el *vaccination Act* en el sentido de excluir á los hijos de aquellos ciudadanos que presentaran ante un Magistrado la *objection de conscience*. Más de 100.000 niños no han sido vacunados desde esta modificación y grandes multitudes no han sido revacunadas. Hasta se ha llegado al extremo de suicidarse antes de sufrir la vacuna á que obligaba el dueño de una imprenta. En un medio así dispuesto, se comprende que la viruela haya sido tan difusible como intensa.

Londres estaba ya en plena epidemia en agosto de 1901; de aquí pasó á los suburbios, á la provincia después. A fines de enero último aparece en Glasgow, comienza en Edimburgo en 18 de febrero, adquiere gran intensidad en Essex (22 marzo) y en Londres llega al máximum, en este mismo mes, con 1568 casos. Actualmente desciende, pero no está extinguida y retoñará en cualquiera otra ocasión.

Un viajero, procedente de París, parece ser el punto de partida, pues antes apenas si había viruela en Londres. Infecta á varios individuos de los barrios de San Pancracio y Marylebone (junio) y sólo en aquél son registrados 49 casos en agosto, 52 en septiembre, 54 en noviembre, 73 en diciembre, con un total de 32 muertos. Los barrios periféricos fueron sucesivamente invadidos. En 9 de diciembre había en los hospitales del *Metropolitan Asylums Board* 481 variolosos; en 16 de enero de este año, 1902, albergaban 887; en 12 de febrero más de 1000; en 22 de marzo, el máximum, 1568. Estos guarismos proceden de la estadística oficial, y de ella también se deduce que la mortalidad ha sido de 24'29 por 100.

En la diseminación de la epidemia han influído mucho los asilos de noche (*common lodging houses*). Así, un vagabundo varioloso duerme en la noche del 9 de noviembre anterior en uno de ellos, y á fin de mes habían sido observados 37 casos. Lo mismo ha ocurrido en otros. El *Country Council* concedió al Comité de salud pública fondos para inspección médica, vigilancia y desinfección de estos asilos.

Los médicos de Londres han trabajado con ahinco, y gracias á ellos los daños no fueron mayores. Se creó un nuevo hospital de aislamiento, iniciado á fines de 1901 y concluído el 27 de febrero de 1902. Se instituyó un cuerpo de 37 médicos peritos para hacer el diagnóstico precoz y se obligó á la declaración de la viruela (L. E. Morel, *La variole à Londres.— Le Progrès Médical*, 1902).

III. En breve síntesis apunto los resultados de las investigaciones

de Brocard sobre la utilización de los exosas y biexosas, como alimento (*Journal de Physiol. et Pathol. générale*, 1902).

Respecto á los *exosas*, deduce: 1.°, la *galactosa* se asimila más fácilmente que la glucosa, y respecto á ésta funciona como alimento de ahorro; 2.°, la *levulosa* se asimila todavía mejor que la galactosa, y es respecto á ésta un alimento de ahorro; 3.°, la formación del *glucógeno hepático* varía según la naturaleza de las exosas alimenticias: en igualdad de condiciones, la levulosa es la que produce más glucógeno, siguiéndola la glucosa y luego la galactosa.

En cuanto á los *biexosas*, se desdobla mejor la *maltosa* que la sacarosa y la lactosa, siendo aquélla la que utiliza mejor el adulto. La eliminación de las biexosas depende de la energía de acción de los fermentos hidratantes, relacionada con el régimen alimenticio habitual; en una palabra, el alimento es el que hace el fermento.

IV. La Sociedad para la propagación de la incineración de los cadáveres celebró en París la vigésima asamblea anual, bajo la presidencia del Dr. Bourneville. De los datos reunidos por el Secretario general, G. Salomon, se consigna lo ocurrido en el extranjero desde la última asamblea.

Alemania.—Durante el año 1901, han sido hechas 218 incineraciones en Gotha, 181 en Hamburgo, 104 en Heidelberg, 82 en Offenbach, 1835 en Jena y 23 en Cochnac. Tiene siete crematorios.—Más de 3.000 médicos han pedido al Parlamento que la incineración sea obligatoria en los casos de padecimientos contagiosos.

Inglaterra. — En los crematorios de Inglaterra hubo 473 incineraciones (las de 1900 fueron 301, y las de 1899 sólo 240). Se inaugura pronto un octavo crematorio en Leicester; el año anterior empezaron á funcionar el de Hall y el de Darlington. Se va á construir otro en Londres con un capital de 625.000 fr.

Italia.—Cuenta con 22 crematorios. El último abierto es el de Pistoia, inaugurado en octubre al celebrarse el V Congreso de las Sociedades italianas de cremación.

Rusia.—El Gobierno acepta la incineración facultativa, á pesar de las protestas del Sínodo.

Estados Unidos. — Poseen 26 incineradores, de los cuales funcionan 24. En el Estado de Nueva York hay 5; en los de California, 4 en cada uno; en el de Masachussets, 2.

Canadá.—La oposición religiosa no ha logrado impedir que el Parlamento de Quebec acepte esta práctica. En Montreal ha sido instalado un horno, notable por su elegancia.

París. — Bourneville proporciona los siguientes datos. A petición de las familias, hubo 306 incineraciones, 2664 de cuerpos procedentes de los anfiteatros y 3885 embriones; en total, 6855. Desde 1880, en que fueron efectuados 749, hasta fines de 1901, la suma total es de 49.748.

De las 306 incineraciones facultativas, 100 son de mujeres, proporción notabilísima.

La duración media de las cremaciones ha sido de cincuenta y un minutos, el máximum de cincuenta y nueve y el mínimum de treinta y tres.

Salomon da noticias sobre los crematorios de Reims y de Rouen, y de los proyectos relativos á Burdeos, Lyon y Marsella (*Le Progrès médical*, 1902).

V. C. Roche, utilizando datos recogidos en la Clínica de Budin, estudia en su Tesis de París la influencia de la menstruación de la nodriza sobre el niño.

Consigna ante todo que el número de nodrizas que menstruan es grande: 41 por 100 y más.

Los niños sienten la acción menstrual, pero reaccionan de varia manera: la mayoría mengua de peso, sin otro trastorno; algunos aumentan de peso, y á las veces en grandes proporciones, aumento que es el preludio de una disminución provocada por trastornos digestivos.

Estos trastornos son uno de los modos de reacción: uno tiene vómitos; otro, deposiciones grumosas, mal ligadas; algunos, diarrea verde, líquida, irritante, capaz de producir eritemas. Parecen una intoxicación, y de aquí la creencia vulgar de que la leche está viciada; pero la acusación es injusta.

Otras veces, continuando en buen estado de salud, el niño está mal humorado, intranquilo, sin que pueda descubrirse el motivo del cambio.

Algunos niños presentan lesiones eczematosas, en especial los predispuestos y los que ya tuvieron un ataque.

La mengua de peso es permanente en el sentido de que la leche mengua, desde la primera menstruación, por modo definitivo, siendo entonces preciso echar mano de la leche esterilizada en pequeña cantidad. El cambio no ocurre siempre en la primera menstruación, siendo frecuente que aparezca en la segunda ó en la tercera.

Como los accidentes de que se trata son, por regla general, pasajeros, no necesitan intervención terapéutica; pero como es tan fre-

cuente la pérdida de peso, se debe recurrir á la leche esterilizada.

Desde el punto de vista químico, sufre cambios la leche en la época menstrual: aumenta la manteca, causa de los trastornos digestivos, contra cuyo hecho nada puede hacerse.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

El cloruro de adrenalina en oto-rino-laringología.—El Dr. Compaired ha leído una comunicación en la Real Academia de Medicina de Madrid relativa á este asunto que la publica *El Médico Titular* y en ella dice:

«Las investigaciones clínicas las hé hecho en 36 enfermos de todas clases, en varios de los cuales practiqué diferentes operaciones.

La adrenalina se presenta en el comercio bajo dos formas: bajo la de solución al 1 por 1000, y bajo la forma de tabletas de tartrato.

Aislada la adrenalina, en el año que acaba de terminar, por el Dr. Jokichi Yakamive, de Nueva York, en forma de cristales que se oxidan muy rápidamente al aire libre, se han formado distintas sales, como el clorhidrato, el sulfato, el benzoato y el tartrato, fáciles de conservar y que tienen iguales propiedades.

Sólo he empleado la solución del clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000, y ésta misma debilitada con solución fisiológica de cloruro de sodio al 1 por 1000, por 2000, por 3000, por 4000 y por 5000.

Al igual que los Dres Moure y Brindel, primeros que han experimentado el cloruro de adrenalina en Francia, creo ser el primero en España que haya usado y use dicho medicamento. Al menos, no tengo noticia ni aun de que exista la substancia en cuestión en ninguna farmacia de España. Como ellos, he usado también el extracto de cápsulas suprarrenales y comprobado que su acción es inconstante, sus efectos vasoconstrictores ni muy enérgicos ni muy rápicos, ni muy duraderos ó persistentes y, por lo tanto, me explico que, á pesar de conocerse desde hace tantos años, no haya tomado carta de naturaleza en la terapéutica. Yo mismo me he dado toques en las fosas nasales con el mencionado extracto, y he podido advertir sensación de quemadura primero y de picor después, que me hizo estornudar repetidas veces.

En cambio, el cloruro de adrenalina no determina ninguna sensación incómoda, y antes de *medio minuto* produce en la mucosa nasal una intensa anemia y una retracción enérgica por violenta vasoconstricción, que hace se adose sobre el esqueleto, dejanto una amplia cavidad apta, no tan sólo á facilitar la exploración diagnóstica, sino que permite practicar mejor las operaciones sobre un campo exangüe, y, por último, obra con fin terapéutico vasoconstrictor en determinadas afecciones.

Comparando las manifestaciones locales vasoconstrictoras de éste y la cocaína, debo manifestar que además de resultar las ventajas en alto grado, casi en grado exageradísimo, en favor del cloruro de adrenalina, carece dicha substancia de las contras y peligros de la cocaína, tales como el síncope ó fenómenos de cocainismo agudo, no habiendo observado tampoco los otros fenómenos de acumulación, cual acontece con la cocaína, que muy á menudo origina el cocainismo crónico. Es el cloruro de adrenalina respecto del extracto de coca.

Habiéndolo empleado á distintos títulos (al 1, 2, 3, 4 y 5 por 1000) y diferentes formas (pulverización, toques, tapones), he podido comprobar muy á conciencia los efectos que desenvuelve. En su consecuencia, he hecho mis experimentos en enfermedades inflamatorias agudas, como el coriza, la angina y la laringitis agudas; en manifestaciones crónicas, congestivas, por ectasia vascular preferentemente de la faringe y laringe; en laringitis crónicas con su engrosamiento y estado carnoso de las cuerdas exentas de especificismo, y, por último, como medio hemostático previo en algunas operaciones en las fosas nasales, oídos, faringe y laringe, y para prevenir rinorragias accidentales y post operatorias.

Del mismo modo que á menor titulación se producen con más rapidez y vigor y mayor estabilidad los fenómenos locales de anemia intensa, retracción enérgica de la mucosa y demás síntomas propios de la vasoconstricción, así también son aquéllos más marcados en el orden correlativo de la aplicación medicamentosa, de más ó menos, según que sea ésta practicada mediante pulverización, mediante tapones impregnados en la solución medicamentosa y colocados *in situ* durante uno á tres minutos, ó únicamente mediante toques más ó menos repetidos.

En el coriza agudo, con sólo la aplicación intranasal de un tapón de algodón en rama impregnado en solución de cloruro de adrenalina al 1 por 5000, mantenido *in situ* durante un minuto, se anemia y retrae considerablemente la mucosa inflamada, permitiendo al enfermo respirar amplia y libremente por la nariz por espacio de seis ú ocho horas, para reaparecer con más ímpetu el estado inflamatorio é hipersecreción, si no se repite la cura. Cuando la aplicación se hace por más tiempo y se renuevan los tapones en número de dos ó tres, en cuyo caso llega á su máximum la acción local vasoconstrictora, ó no se presentan de nuevo los síntomas congestivos é inflamatorios, ó, si aparecen, lo hacen bastante modificados en el sentido de la regresión al estado fisiológico, pero en tal caso advierte el paciente una sensación dolorosa repartida á las encías y dientes del maxilar superior del lado correspondiente (rama del maxilar).

Igual modificación en sentido curativo sufren las mucosas faríngea y laríngea, y también según que la acción desenvuelta por el medicamento en forma de pulverización sea producto de una aplicación más ó menos larga.

En las laringitis crónicas con engrosamiento carnoso de las cuerdas, de naturaleza no específica, los toques de disolución de cloruro de adrenalina al 1 por 5000, seguidos inmediatamente de otros con solución de cloruro de zinc al 5 por 100, las modifican bastante favorablemente sin ulteriores molestias para el enfermo.

Una observación tengo hechá, y es que no determina el cloruro de adre-

nalina sensación alguna de acorchamiento en la garganta, cual ocurre con la cocaína, ora se aplique directamente, bien se la ponga á distancia, como en las fosas nasales. En cambio, advierte el enfermo una sensación vaga de amplitud, difícil de definir.

En las laringitis tuberculosas de forma vegetante, los toques de cloruro de adrenalina al 1 por 2000 anemian y retraen la mucosa, aislando á perfección las masas vegetantes tuberculosas, permitiento, previa cocainización ulterior, el raspado más completo de aquéllas, en un campo perfectamente exangüe é indolente para el enfermo.

Además de esta operación he practicado otras, sirviéndome como medio vasoconstrictor previo enérgico del cloruro de adrenalina. Así he ejecutado amigdalotomías, uvulotomías, abertura de un absceso laterofaríngeo en la garganta, turbinotomías y turbinectomías, resección de espolones del tabique y la operación de Asch, en las fosas nasales, y el raspado de la caja por fungosidades y caries, así como extirpación de pólipos de la cavidad timpánica, en el oído, todas ellas exangües ó poco menos.

Igualmente he podido apreciar el valor inmenso á la vez que inofensivo del cloruro de adrenalina para cohibir rinorragias.

Como se ve, constituye un agente precioso de primer orden vasoconstrictor, si bien no es cierto pueda substituir á la cocaína, toda vez que ésta es menos vasoconstrictora, pero en cambio, es más anestésica que aquélla. A mi juicio, deben ir unidas, puesto que unidas suman acciones preciosas para la terapéutica oto-rino-laringológica.

Todavía sirve el cloruro de adrenalina como otro medio, cual es el diagnóstico, toda vez que, aplicado á las fosas nasales, las pone en condiciones abonadísimas para apreciar *de visu* á perfección toda la porción olfatoria y etmoidal. Además, su acción constrictora no se ejerce tan sólo sobre los tejidos sanos, sino que se advierte de igual manera sobre las mucosas inflamadas, cosa que no determina ó determina muy escasamente la cocaína. Por último, tiene sobre ésta una ventaja muy digna de tenerse en cuenta, cual es la de hallarse exenta de producir mareos, un estado general nervioso y el síncope que se produce en el cocainismo agudo, amén de los trastornos del cocainismo crónico.

Considero, por lo tanto, al cloruro de adrenalina como un precioso agente terapéutico en oto-rino laringología, y entiendo que también los oculistas pueden sacar partido de él, así como los ginecólogos en amputaciones de cuello, y los especialistas en enfermedades de las vías urinarias en algunas operaciones uretrales, pudiendo utilizarlo con notables ventajas.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 1.° *de Octubre de* 1902.

Embarazo extrauterino.—El Dr. Picqué: Chevalier ha observado una serie de casos de embarazo extrauterino, cuyo feto se encontró libre en la cavidad abdominal. En dos de estos casos el diagnóstico de embarazo extrauterino se imponía, tanto por la existencia del síndrome uterino como por los signos de rotura intraperitoneal. El Dr. Chevalier practicó la laparotomía en las dos enfermas y encontró cada vez un feto de tres meses libre en la cavidad abdominal. En el tercer caso, el diagnóstico fué mucho más delicado; la anamnesis era poco significativa, y aunque existía el síndrome uterino, no había ningún signo de rotura; además, la enferma presentaba de un modo manifiesto el punto de Mac-Burney, por lo cual se hizo el diagnóstico de apendicitis; se practicó la operación, y en lugar de un apéndice inflamado, se encontró un feto de cuatro meses puesto en libertad en medio de las asas intestinales; las tres enfermas curaron. Esta variedad de embarazo extrauterino es rara; de ordinario el hematocele puerperal se produce pronto y no se encuentra feto; la presencia de éste en el momento en que estallan los accidentes es imposible de reconocer, pero como que en todos los casos es necesario practicar la laparotomía, el diagnóstico particular es supérfluo. En cuanto al diagnóstico de embarazo extrauterino, siempre es fácil teniendo en cuenta el síndrome uterino y los signos de hemorragia; en el caso del Dr. Chevalier hubo error, porque la enferma tenía un signo de apendicitis; en todos los casos la laparotomía inmediata es la regla.

Ingerto de scolex hidáticos.—El Dr. Picqué: El Dr. Devé ha inoculado en la cavidad abdominal de conejos scolex hidáticos, es decir, este polvo impalpable que se encuentra en el líquido hidático, y ha reconocido más tarde la presencia de vesículas hidáticas en el epiplón, y obtenido por estas inoculaciones, hasta cierto punto, el esquema de las localizaciones hidáticas que se producen después de la rotura de un quiste de esta naturaleza implantado en el hígado. Los resultados de los experimentos son muy claros y demuestran que los scolex, lo propio que las vesículas hijas, pueden reproducir las vesículas hidáticas.

Cálculos vesicales en los niños malgachos. — El Dr. Picqué: El Dr. Fontoineau, médico del hospital de Tananarive y profesor en la Escuela de Medicina indígena, ha operado algunos niños malgachos que padecían cálculos de la vejiga, los cuales son frecuentes en todos los niños de la raza howa, hasta el punto de que dicho autor ha observado 17 casos en su práctica hospitalaria (15 varones y 2 hembras). Dichos cálculos son, en general, volu-

minosos en razón á lo mucho que tardan los enfermos en ponerse en cura. De estos 17 casos operados, el autor ha tenido dos muertos: uno por caquexia y otro por infección debida á los descuidos del enfermero indígena.

Hundimiento del cráneo sin fractura. — El Dr. Picqué: El Dr. Fontoineau ha observado un hundimiento del cráneo sin fractura, seguido de epilepsia jacksoniana y curado por la trepanación. Se trataba de un niño que, á consecuencia de una caída sobre una piedra, presentó un hundimiento circular del parietal izquierdo; había una verdadera excavación del volumen del cuerpo contundente; el cuero cabelludo estaba intacto y no había fractura; poco tiempo después del accidente, el niño tuvo ataques de epilepsia jacksoniana. Después de haber aplicado muchas coronas de trépano, el doctor Fontoineau consiguió separar toda la parte hundida y pudo reconocer que no había ninguna fractura; el niño curó. Estos hechos de hundimiento sin fractura son raros y siempre, por lo demás, se los observa en los niños. El Dr. Chipault ha dado á conocer algunos, y cuando se presenta la epilepsia jacksoniana se impone la pronta intervención.

Anestesia por el cloruro de etilo. — El Dr. Le Dentu: El Dr. Girard, profesor en la Escuela de Medicina naval de Tolón, ha hecho investigaciones acerca de la anestesia general por el cloruro de etilo, contando con 78 observaciones y 73 experimentos en los animales; según él, la anestesia por el cloruro de etilo ofrece las ventajas de la rapidez de acción, de la falta de período de excitación y de un despertar instantáneo sin malestar. La anestesia es fugaz y es necesario emplear dosis poco fuertes y repetidas. Es necesario investigar si merece toda la confianza este anestésico y conviene estar en guardia contra los accidentes posibles. Los experimentos hechos en los animales han demostrado la posibilidad de los accidentes graves; los centros respiratorios son los primeros que se encuentran influídos por el medicamento, el cual también tiene una acción directa sobre la fibra cardíaca, y el hígado y los riñones sufren la degeneración granulograsosa. El cloruro de etilo no puede administrarse de un modo continuo como el cloroformo; no puede emplearse más que para las operaciones de corta duración, de quince á veinte minutos cuando más, con dosis de cuatro á cinco gramos, repetidas cada cinco minutos, y es necesario disponer de un producto muy puro. En estas condiciones, en efecto, se produce una anestesia rápida, sin excitación y con el despertar normal é instantáneo.

El Dr. Dinard: Confirmo cuanto acaba de decir el Dr. Le Dentu; desde hace año y medio que me sirvo con ventaja de este anestésico para las operaciones cortas ó como preliminar á la anestesia clorofórmica.

El Dr. Bazy: He empleado el cloruro de etilo y me ha sorprendido la facilidad con que se respira.

El Dr. Berger: Tengo una gran confianza en el cloruro de etilo después de los experimentos muy científicos hechos por el Dr. Richet; yo me he hecho anestesiar por el Dr. Richet y he sentido la rapidez con que se presenta la insensibilidad. En un enfermo, anestesiado por el Dr. Richet, hubo una excitación excesivamente violenta.

El Dr. Dinard: En este último caso seguramente se daría el cloruro de etilo mezclado con aire, puesto que, por pequeña que sea la cantidad de éste que se mezcle con aquel medicamento, se presenta la excitación.

El Dr. Le Dentu: La observación del Dr. Dinard es muy justa, y es necesario una obstrucción completa con la compresa. El cloruro de etilo debe proscribirse para las operaciones de larga duración. En un caso del Dr. Girard, la operación ha durado treinta minutos, lo cual es muy peligroso; además, el cloruro de etilo necesita en el curso de la operación, por poco que ella dure, interrupciones que siempre son inconvenientes. En fin, yo he tenido 14 casos en los que, á pesar de una buena técnica, han ocurrido fenómenos de excitación. La cuestión de las dosis es muy importante y siempre es necesario servirse de tubos graduados.—Codina Castellví.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

Indicaciones médicas para la interrupción del embarazo.—El Dr. Hofmeier (de Wurzburgo): Voy á ocuparme de las indicaciones para provocar el parto en las nefritis, asunto del que me ocupé en mi tesis hace veinticinco años, tesis inspirada por mi maestro Schrœder. Probé en dicha tesis que la nefritis gravídica, exceptuando la eclampsia, mata el 33 por 100 de las madres y el 60 por 100 de los hijos. Desde entonces mi opinión no ha variado, aunque soy menos afirmativo respecto al paso al estado crónico de la nefritis aguda; creo más bien que es crónica desde el principio y que queda en estado latente durante años, pudiendo manifestarse á consecuencia de un embarazo que provoca trastornos capaces de hacer suponer una degeneración de los riñones causada por el embarazo.

El peligro de la eclampsia en estos casos es casi nulo: los fenómenos generales suelen ser, por el contrario, gravísimos, y la agravación de la nefritis, notable; la mayor parte de los fetos mueren en el útero.

Primera conclusión. — En la nefritis crónica es preciso, en interés de la madre, interrumpir el embarazo en cualquier época, siempre que los trastornos secundarios, después de empleado un tratamiento especial, se hagan alarmantes.

En la *nefritis gravídica*, en la que por un mecanismo que desconocemos, el embarazo produce alteraciones renales, el peligro de la eclampsia figura en primer término, porque la posibilidad del paso al estado crónico no está demostrado de una manera absoluta.

Segunda conclusión.—En la *nefritis gravídica*, el peligro de la eclampsia exige la interrupción artificial del embarazo cuando, á pesar de un tratamiento dietético conveniente, los síntomas continúan agravándose.

En la nefritis aguda, que difiere de las dos lesiones renales precedentes, sobre todo por lo brusco de su principio, por la cantidad de sangre contenida en la orina y por la persistencia de los trastornos después del parto, el peligro de la eclampsia es todavía mayor, pero la mujer puede curar con ó sin muerte del feto, y sin que se interrumpa el embarazo. En estos casos la interrupción artificial del embarazo casi no evita el peligro de la eclampsia.

Tercera conclusión. — En la nefritis aguda durante el embarazo, la provo-

cación del parto no está indicada por la posibilidad de la curación, y por lo poco que influye sobre el peligro de eclampsia.

El Dr. Pinard (de París): La doctrina que tiene por objeto interrumpir el embarazo para salvar á la madre, fué practicada con toda libertad y, después, durante mucho tiempo, desechada y condenada.

Creo que ni las autoridades judiciales ni las eclesiásticas tienen nada que ver en las indicaciones de la indicación terapéutica del embarazo.

El médico no debe *matar* ni debe tampoco *dejar morir*, cosas que considero inhumanas; así comprendo el ejercicio de la medicina y la religión de la humanidad.

La intervención que tiene por objeto interrumpir un embarazo que amenaza la vida de la madre no es una operación que *sacrifica al hijo*. El feticidio no existe en estas circunstancias, porque si no se interviene, el feto está condenado fatalmente.

La interrupción terapéutica del embarazo no es ni debe ser en realidad más que *una operación conservadora*.

Debe interrumpirse el embarazo cuando una enfermedad producida ó agravada por él pone en peligro la vida de la madre.

Tal es la indicación general, la única, de la interrupción terapéutica del emberazo.

¿Cuáles son estas enfermedades?

Los progresos de la medicina, de la cirugía y de la obstetricia, me hacen proponer la clasificación siguiente:

1.° *Enfermedades desarrolladas á consecuencia del embarazo.* — Hemorragias uterinas, hidropesía del amnios, embarazo molar, toxemias gravídicas: vómitos llamados incoercibles, albuminurias, convulsiones llamadas eclámpsicas, neuritis tóxicas, etc.

2.° *Enfermedades crónicas agravadas por el embarazo.*— Enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato urinario, enfermedades del aparato respiratorio.

Como se ve, no hago mención de las enfermedades agudas intercurrentes, porque ninguna de ellas, ni aun el cólera, constituye una verdadera indicación para interrumpir el embarazo. Lo mismo ocurre con las enfermedades del sistema nervioso.

A) Enfermedades desarrolladas á consecuencia del embarazo.—a) Hemorragias uterinas.—¿Cuándo y de qué modo las hemorragias uterinas ponen en peligro la vida de una mujer embarazada? ¿Cuáles son los síntomas que constituyen una indicación precisa, urgente, para interrumpir el embarazo?

Las hemorragias uterinas, y no necesito insistir sobre ello, pueden presentarse en todos los períodos del embarazo, lo mismo en la primera mitad que en la segunda.

Pueden hacerse graves por su abundancia ó por su persistencia.

¿Qué síntomas ocasiona esta hemorragia abundante desde el principio ó grave por su continuidad?

Creo que la simple comprobación de una hemorragia abundante, aunque no carece de importancia, no es suficiente para indicar la interrupción del embarazo. La palidez de la piel, los zumbidos, la tendencia al síncope, aunque son de carácter alarmante, no constituyen una indicación operatoria

más que cuando en este cortejo sintomático se observa *alteración del pulso*, excediendo el número de pulsaciones de 100.

Para mí, sea la que quiera la abundancia aparente de la hemorragia, sea la quiera su duración, creo que no está indicado interrumpir el embarazo mientras que el número de pulsaciones no exceda de 100.

Esta indicación es precisa y urgente cuando, de una manera constante, el pulso late más de 100 *veces por minuto.*

Es un precepto que enseño y que cumplo desde hace mucho tiempo.

b) Hidropesía del amnios.—Inútil es decir que con este término, tan poco exacto, sólo indico los casos en que el líquido amniótico es abundantísimo. Añadiré, además, que la cantidad de líquido contenido en el útero no suministra siempre por sí sola una indicación suficiente.

El período de la gestación, durante el cual se acumula el líquido, la rapidez mayor ó menor con que aumenta, son elementos que deben tenerse en cuenta.

No es raro ver á mujeres, cuyo útero contiene 6, 8, 10 litros y hasta más de líquido amniótico, parir de término, mientras que á veces, en un período menos avanzado del embarazo, con una cantidad más pequeña de líquido, se presentan síntomas alarmantes que obligan á intervenir. Hace poco tiempo he visto á una joven, embarazada de seis meses cuando más, en la que los síntomas fueron tan alarmantes que me obligaron á intervenir. La cantidad de líquido derramado no excedía de 6 litros.

Cuanto menos avanzado está el embarazo cuando se produce la hidropesía del huevo y más rápido es el aumento de líquido, mayor es el peligro.

Pero la indicación se precisa, sobre todo, cuando el organismo materno presenta una de las dos condiciones siguientes :

Unas veces, con un edema más ó menos acentuado, más ó menos generalizado, hay disnea, ortopnea, fenómenos asfíxicos.

Otras, á la vez que distensión rápida del útero, se presentan dolores fuertes abdominocostales ó diafragmáticos ; la piel se pone después seca y terrosa, el enflaquecimiento es grandísimo y la secreción urinaria disminuye en tales proporciones, que la cantidad total eliminada en las veinticuatro horas, no excede de 500 á 600 gramos. Es la hidropesía del amnios, llamada aguda ó febril. Jamás he observado en tales casos hipertermia.

Esta forma, que se observa con más frecuencia en los casos de embarazo doble con hidropesía de uno de los huevos ó de los dos, puede observarse también en el caso de feto único.

Sea lo que quiera, la interrupción del embarazo está perfectamente indicada en ambos casos.

c) Embarazo molar, mola hidatidiforme.—En los casos de embarazo degenerado, llamado embarazo molar, mola hidatidiforme, mola vesiculosa, etcétera, la mujer no sólo está expuesta á los peligros de la hemorragia, sino también á una indicación especial, cuyas manifestaciones especiales son las siguientes: desaparición más ó menos completa de la contractilidad uterina, tinte caquéctico de los tegumentos, que difiere de la palidez ordinaria causada sólo por la hemorragia.

La disminución ó la abolición de la contractilidad de las paredes del útero debe llamar la atención de una manera especial, porque al intervenir

puede producirse una hemorragia considerable y ocasionar con rapidez la muerte, como he observado.

Por último, las relaciones más ó menos comunes de la mola vesiculosa con el deciduoma maligno, inducen á extraer lo antes posible el huevo degenerado. En estos casos se impone la indicación en cuanto se hace el diagnóstico. Si no se ha hecho, la indicación puede nacer de la hemorragia.

d) Toxemias gravídicas.—Vómitos llamados incoercibles.—Albuminuria.—Eclampsia.—Neuritis tóxica.

α) *Vómitos incoercibles. Vómitos tóxicos.* — Desde que P. Dubois expuso tan magistralmente las indicaciones de la interrupción del embarazo en los casos de vómitos incoercibles, las observaciones le han dado la razón contra Cazeaux; no hay un médico que en la actualidad niegue esta indicación. Sin embargo, se ha intentado precisarla más.

He procurado desde hace veinte años hacerla cada vez más rara. Me explicaré. No creo que puedan considerarse hoy los vómitos incoercibles como una enfermedad, como una entidad morbosa. Es, únicamente, manifestación de una toxemia. Estoy convencido de que por una medicación apropiada, empleada en cuanto se presentan los vómitos, es posible la mayor parte de las veces, si no siempre, atenuar primero y hacer que desaparezcan después las manifestaciones debidas á esta toxemia. Pero acontece que, por incuria ó por otra causa, nos encontramos con una mujer presa de una toxemia bastante acentuada para producir vómitos incoercibles. ¿Cuándo debe intervenirse?

Desde P. Dubois se responde: cuando la mujer tenga fiebre. Desde que se emplea el termómetro en medicina, se sabe que en estos casos no hay elevación de temperatura. ¿Es que Dubois se engañó? No, sino que en su época se consideraba como estado febril toda aceleración del pulso. En este caso, el pulso está indudablemente acelerado.

Por consiguiente, no me preocupo de la pérdida de peso, ni de la intensidad de los vómitos. Lo que observo con el mayor cuidado es el *pulso*.

Observaciones numerosas me permiten concluir que *en cuanto en una mujer afectada de vómitos incoercibles, ó mejor tóxicos, aumenta de tal modo el pulso que excede de* 100 *el número de pulsaciones por minuto, es preciso interrumpir el embarazo sin pérdida de tiempo.*

Si se espera, esta intervención se hará inútil, porque sobrevendrá la muerte, causada por el envenenamiento del sistema nervioso.

β) *Albuminuria.* — En esta toxemia, cuya manifestación más fácil de descubrir es la presencia de albúmina en la orina y que constituye lo que se llama la albuminuria gravídica, puede ocurrir que esté indicada la interrupción del embarazo.

En estos casos, también el tratamiento ha hecho esta indicación más rara.

Mas, cuando por excepción, en una mujer embarazada cuya orina contiene albúmina, el tratamiento debidamente aplicado no consigue disminuir la cantidad de albúmina, cuando hay agitación é insomnio, cuando la cefalalgia y los trastornos visuales se hacen más acentuados, cuando el acto respiratorio se modifica, este cortejo sintomático puede ser una indicacion suficiente. Pero, vuelvo á repetirlo, esta indicación es rarísima, si la mujer se somete al tratamiento especial conocido de todos los médicos.

γ) *Eclampsia.* — ¿Se interrumpirá el embarazo cuando la toxemia produce convulsiones en una mujer embarazada?

Creo que esta cuestión, aunque discutida hace ya mucho tiempo, no puede resolverse por ahora. Repitiré lo que dije el año pasado en el Congreso de Nantes, al discutirse un trabajo interesante del Dr. Hirigoyen, de Burdeos, sobre el valor de la intervención en los accesos de eclampsia. No tengo confianza absoluta en este tratamiento. Creo necesarios nuevos hechos y nuevas estadísticas para que nos convenzamos, porque unas series felices son seguidas de otras desgraciadas. Hasta ahora, excepto en circunstancias raras, la necesidad de la interrupción del embarazo no me parece suficientemente demostrada.

δ) *Neuritis tóxicas.*—En éstas, la indicación se halla en relación con la marcha y la intensidad de la enfermedad.

B) Enfermedades crónicas agravadas por el embarazo.—*a*) *Enfermedades del aparato circulatorio.*—Aunque el embarazo es impotente por sí propio para producir afecciones cardíacas, puede agravar las que existen y poner en peligro la vida de la mujer. Puede producir lo que llamamos *accidentes gravidocardiacos.* Estos accidentes son más comunes en las enfermas cuyos riñones se hallan á la vez afectados de impotencia funcional. Así que en el embarazo es preciso vigilar las funciones de estos órganos.

La indicación de la interrupción del embarazo en estos casos, no existe hasta que se presentan con la asistolia fenómenos de disnea y de asfixia.

Es imposible precisar el momento oportuno de la intervención: cada caso tiene, por decirlo así, su fisonomía especial; la prudencia del médico es la que debe determinarla.

Lo único que ha podido enseñarme la experiencia, es que la interrupción del embarazo en su primera mitad es seguida con más frecuencia de éxitos que en la segunda, y además, que la intervención tiene tantas más probabilidades de ser coronada de éxito cuanto más rápida sea la evacuación del útero.

b) *Enfermedades del aparato urinario.* — El embarazo en una mujer que padece *nefritis*, puede determinar accidentes que pongan en peligro la vida. Se presentan en cualquier período de la gestación, pero casi siempre desde el principio.

Los síntomas observados más comunmente en estos casos, son: la presencia más ó menos abundante de albúmina en la orina, la disminución progresiva de la orina excretada, trastornos psíquicos, manifestaciones llamadas urémicas, etc.

En estos casos, tampoco hay síntoma especial, y el criterio es el único encargado de indicar cuándo debe intervenirse.

Esta indicación se deduce del conjunto de los síntomas. En los casos numerosos en que he necesitado tomar un partido, me he fundado en la cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas.

Mientras que la cantidad de orina eliminada en este período es de 800 á 1000 gramos, creo que la intervención no está indicada, á menos de circunstancias excepcionales.

Mas en cuanto disminuye y sigue disminuída, me parece que es oportuno interrumpir el embarazo.

La *pielonefritis* puede ser agravada también por el embarazo hasta el punto de correr peligro la vida de la mujer.

Al contrario que la nefritis, la pielonefritis no suele producir accidentes graves hasta el fin del embarazo. En estos casos, la intensidad de la fiebre, la dificultad mayor ó menor con que se segrega la orina y el estado general, son los únicos que rigen la intervención.

Fundándome en la intensidad de estos síntomas, he podido interrumpir con éxito el embarazo en un caso de pielonefritis.

c) *Enfermedades del aparato respiratorio.*—¿Existen enfermedades crónicas del aparato respiratorio que se agraven lo suficiente por el embarazo para que esté indicada su interrupción?

Creo que entre las enfermedades de las vías respiratorias, la tuberculosis pulmonar es la única que debe considerarse. A la pregunta hecha antes respondo con la negativa absoluta.

Reconozco que el embarazo agrava muchas veces — pero no siempre — la tuberculosis pulmonar; pero ¿existe un hecho que demuestre con toda claridad que la expulsión prematura del producto de la concepción retrasará la marcha de la enfermedad y su desenlace fatal? Lo ignoro. Nuestra indicación general, que debe privar ante todo, no puede existir en los casos de tuberculosis pulmonar.

He escrito en el prólogo del notable libro del profesor Queirel:

«Para mí, la indicación del parto ó del aborto provocados, jamás existen en la mujer embarazada tuberculosa.

En estas circunstancias, el médico sólo tiene una cosa que hacer: cuidar la tuberculosis y vigilar sencillamente el embarazo».

Nada tengo que añadir á esto.

Termino manifestando que en un período de diez años, en 22.708 mujeres que vinieron á parir á mi Clínica, juzgué conveniente interrumpir el embarazo 20 veces, y que en 15 la intervención fué coronada de éxito.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

(Continuará).

XX CONGRESO ALEMÁN DE MEDICINA INTERNA

celebrado en Wiesbaden del 15 *al* 18 *de abril de* 1902

(Conclusión)

Patología de la glicosuria transitoria.—El Dr. Hoppe-Seyler (de Kiel): La glicosuria transitoria siempre debe despertar la sospecha de una diabetes oculta, pero también se puede presentar como consecuencia de un trastorno pasajero de los órganos que presiden al metabolismo del azúcar. Hay una forma especial de «glicosuria de los vagabundos», la cual es pasajera y la he observado en 11 sujetos que habían llevado una vida nómada, alimentándose mal y sufriendo toda clase de privaciones y trabajos antes de su ingreso en el hospital. Esta glicosuria desaparece rápidamente con una buena alimentación. No se trataba de una glicosuria transitoria consecuencia de una

intoxicación alcohólica aguda, y respecto al alcoholismo crónico que existía en muchos de estos sujetos, tampoco determina glicosuria. Como en los casos descritos había lesiones hepáticas, y seguramente también pancreáticas, se hace preciso considerar á la glicosuria de los vagabundos como consecuencia de su escasa alimentación, que se hace sentir principalmente en los órganos mencionados. Hechos análogos ha observado Hofmeister en perros mal alimentados, que también dejaron de ser glicosúricos cuando se les alimentó suficientemente. Es indudable que en la glicosuria de los vagabundos la causa principal de esta anomalía consiste en su alimentación deficiente.

El Dr. v. Noorden (de Francfort sobre el Mein): He de llamar la atención sobre la glicosuria que se presenta de un modo fugaz, y como consecuencia de estados de angustia en sujetos que más tarde no presentan nada de melituria alimenticia.

El Dr. Strauss (de Berlín): Me parece dudosa la participación del hígado en la producción de esas glicosurias. Más probable creo una participación del páncreas. La alimentación escasa es, sin duda alguna, un factor favorable.

Pulso venoso.—El Dr. Volhard (de Giessen): Hasta ahora no se ha atribuído ninguna significación diagnóstica al pulso venoso negativo, sino tan sólo al sistólico positivo, que se observa constantemente y al mismo tiempo que el pulso venoso hepático, en los casos de insuficiencia tricúspide. Ahora bien, creo conveniente hacer constar que el pulso venoso hepático no siempre es sistólico positivo, sino que, con casi la misma frecuencia, se observa como diastólico negativo. En armonía con esto, corresponde al sístole de la aurícula, cuya actividad, excitada de un modo patológico, ha sido poco estudiada y apreciada hasta la fecha. Esta variedad de pulso es la expresión de una adaptación compensadora al mayor esfuerzo realizado por las fibras musculares de la aurícula.

Gangrena múltiple de la piel de origen trofoneurósico.—El Dr. Julio Müller (de Wiesbaden): Aquí presento una joven de veinticuatro años, que sufrió hace tres una quemadura en la pantorrilla derecha por haberle caído encima agua muy caliente. Desde entonces y con cinco intervalos, se desarrollaron unos 30 focos gangrenosos que aparecen limitados al lado dorsal de la pierna derecha. El desarrollo de dichos focos es rapidísimo, de tal suerte, que la rubicundez, la formación de vesículas y la gangrena, se producen en el curso de siete á ocho horas. Si se tienen en cuenta los diferentes trastornos nerviosos, no se puede prescindir por completo de la idea de la siringomielia al establecer el diagnóstico diferencial.

Vasomotores de los vasos pulmonares.—El Dr. Strubell (de Viena): Con motivo de unos experimentos que he realizado en el laboratorio de von Basch, relativos al modo de obrar de la estrofantina, he podido demostrar experimentalmente, aunque de un modo muy complicado, la existencia de los vasomotores del pulmón, que hasta ahora no había pasado del terreno de la hipótesis, afirmada sin pruebas por Lichtheim y negada por Openchowski y Wagner. La excitación periférica de los vagos, después de haber inyectado estrofantina, hace bajar la presión sanguínea sin que por ello el pulso se haga más raro, cuando están paralizadas las fibras reguladoras del

vago. La presión en la aurícula izquierda desciende al mismo tiempo; la de la arteria pulmonar sube un poco; la presión venosa aumenta de un modo considerable. Como al mismo tiempo se reduce el volumen del pulmón, de aquí que el experimento satisfaga todos los requisitos que von Basch señala como necesarios en su patología de la circulación, y como resultado de experimentos, para que se estrechen los vasos pulmonares. Los neumovasomotores son débiles y por esta causa su acción es encubierta por la reguladora propia del vago y sólo se hace manifiesta cuando se ha paralizado este último.

Influencia de los baños y de las duchas en la presión sanguínea. — El doctor Otfried Müller (de Leipzig): La acción de los baños de agua no movida sobre la presión sanguínea, es debida principalmente á su temperatura. Cuando ésta es inferior á la media de la superficie del cuerpo, mientras dura el baño aumenta constantemente la presión sanguínea, siguiendo este aumento una marcha típica, y al mismo tiempo disminuye la frecuencia del pulso. La magnitud de estas alteraciones aumenta con el descenso de la temperatura hasta alcanzar cifras considerables. Los baños, cuya temperatura es superior á la media de la superficie del cuerpo, hasta llegar á 40° C., ocasionan después de un breve ascenso de la presión sanguínea, un descenso por debajo de la cifra normal, seguido á su vez de un nuevo ascenso. La frecuencia de pulso disminuye hasta los 38°, y á partir de esta temperatura, aumenta. Cuando la temperatura pasa de 40°, se observa un aumento constante de la presión sanguínea de forma típica y parecida á la que se observa con el baño frío, pero con la diferencia de que ahora no está disminuída la frecuencia del pulso, sino muy aumentada. En los baños de agua movida, verbigracia, en los de medio cuerpo y en los baños de ola, á medida que aumenta la intensidad del movimiento, va figurando más en primer término la excitación mecánica, hasta que esta última es la que domina por completo el cuadro, como sucede cuando se emplea la ducha; cuando tiene suficiente intensidad, produce siempre aumento de presión, sea la que quiera su temperatura. Este aumento de presión es más considerable, pero también de menor duración en sus efectos que el que se obtiene con la mayor parte de los baños.

Acción acumulativa de los principios de la digital. — El Dr. Frænkel (de Badenweiler): En las investigaciones que he practicado en gatos, he podido obtener la acción persistente de la digital durante varias semanas con preparados muy diferentes de dicha planta. Dicha acción se manifestaba comparando las contracciones del corazón, que se apreciaban por medio del tacto y el retardo de la frecuencia del pulso que se registraba gráficamente. Por otra parte, dando dosis diarias, he podido administrar cantidades algo mayores del medicamento; pero los efectos obtenidos de ese modo eran al principio puramente terapéuticos y acababan al fin por ser tóxicos, produciéndose la acumulación. Esto sucede con todas las preparaciones de la digital. La digitoxina es la que produce más pronto efectos de acumulación y, por lo tanto, es también la que menos conviene para un uso diario y prolongado. En cambio, la digitalina verdadera se elimina más pronto, y por lo mismo hay que pensar en ella para un empleo continuado del medicamento en los casos en que esté indicado. La estrofantina es más fugaz en sus efectos que

los principios de la digital. Una nueva preparación de estrofantina, que ha obtenido Thoms, de Berlín, produce un efecto sostenido y eficaz. Con ninguna de las preparaciones se han observado fenómenos de hábito, por lo menos en el plazo de algunas semanas.

La presión sanguínea en los casos de esfuerzo excesivo y agudo por parte del corazón.— El Dr. Schott (de Nauheim): Para estudiar experimentalmente la presión sanguínea con el tonómetro de Gärtner, emprendí de nuevo mis antiguos experimentos, que consisten en provocar la dilatación aguda del corazón en sujetos robustos y sanos, por medio de esfuerzos corporales excesivos. Para ello hacía que estas personas lucharan entre sí hasta que sintiesen cortedad de aliento. Mientras la lucha equivalía á una simple acción muscular, y por lo tanto, que el pulso y la respiración sólo se aceleraban en un grado moderado, el tonómetro no acusaba aumento de la presión sanguínea. Pero la escena variaba por completo tan pronto como se presentaban cortedad de aliento, taquicardia intensa ó quizá aritmia con distensión del centro circulatorio. En este caso se presentaba en el acto un descenso muy considerable en la presión sanguínea, que llegaba á ser de 20, 30 ó más milímetros de mercurio. Semejantes descensos de la presión sanguínea, suelen desaparecer muy pronto en los individuos sanos; pero hay casos en que persisten durante muchas horas. Estos experimentos arrojan también mucha luz sobre el desarrollo del agobio cardíaco de carácter crónico, caso que es muy frecuente observar desde hace poco tiempo, sobre todo, á consecuencia de los deportes conducidos con exageración.

El Dr. Hoffmann (de Düsseldorf): Creo improbable que el trastorno se inicie con una reducción del volumen cardíaco. La distensión excesiva del corazón, seguramente que es simulada por el refuerzo de sus contracciones La aritmia no es prueba de que haya dilatación. La dilatación cardíaca no es un estado fisiológico, sino patológico, que no puede desaparecer con mucha rapidez.

El Dr. Schott: Las conclusiones que se fundan en las imágenes radiográficas, no están á cubierto de reparos.

Ortodiagrafía y método de fricciones para determinar los límites del corazón. — El Dr. Hornung (de Schlon Marbach): La ortodiagrafía es un método inseguro é insuficiente en sus resultados. En cambio, el método de las fricciones suministra objetivamente mejores resultados, cuya importancia no disminuye por algunas imperfecciones que pueda tener.

El Dr. Grote (de Nauheim): Yo creo, por el contrario, que el método de las fricciones también expone á errores con mucha frecuencia.

Función de la primera costilla.—El Dr. Rothschild (de Soden): La primera costilla sirve para el movimiento del mango del esternón. La osificación de la primera costilla no influye en las dimensiones de la parte superior del tórax; éstas son determinadas por la movilidad del ángulo del esternón. El surco de Schmorl es consecuencia de la insuflación enfisematosa de la parte del pulmón que está comprendida entre las costillas, y no tiene nada que ver con la presión que la primera costilla pudiera ejercer sobre el pulmón de tamaño normal. Las alteraciones patológicas en la articulación de la primera costilla no significan una curación espontánea, sino que son más bien consecuencia de las osificaciones que se han efectuado previamente en

la unión con el mango del esternón. El separar la primera costilla del mango del esternón por medio de un acto quirúrgico, es una operación irracional. Lo único en que puede pensarse es en separar el cuerpo del esternón de su mango.

Significación del ácido silícico en el organismo humano y sus relaciones con el tejido pulmonar.—El Dr. Rohden (de Lippspringe): Las substancias nitrogenadas, tanto colágenas como albuminoideas de los tejidos y de la sangre, se destruyen, descomponen y pudren cuando no contienen los minerales que están unidos al ácido silícico. Este obra á la manera del mortero, evitando que se separen entre sí los distintos minerales que, como piedras, entran á formar parte del sistema celular. La importancia del ácido silícico en la economía, y su facultad de hacer que las membranas y el tejido fibroso elástico se conserven mejor y sean más consistentes, nos obliga á emplear este ácido en la terapéutica, principalmente con el objeto de dar al tejido pulmonar elástico mayor solidez y resistencia contra los procesos de descomposición. El ácido silícico sirve, sobre todo, cuando se ingiere en una forma asimilable, neutralizado y combinado con otros principios minerales, para modificar favorablemente los procesos de supuración y tísicos, para limitar sus progresos mediante la formación de tejidos cicatriciales más sólidos y de cápsulas más resistentes, y para transformar la tisis destructora en una tisis fibrosa. Mientras todas las combinaciones del ácido silícico con el fluor, y lo mismo las de reacción alcalina, obran de un modo tóxico, el silicato sódico purísimo es inofensivo, aunque se emplee por mucho tiempo, por estar exento de fluor y de álcali libres. Una combinación muy recomendable es la mezcla neutralizada, y que contiene ácido carbónico, del silicio con el agua alcalina (Kakstahlbrunnen) de Lippspringe, que obra como diurético.

Investigaciones experimentales sobre la influencia de la exclusión del riñón en la conductibilidad eléctrica de la sangre.—El Dr. Bickel (de Gotinga): El valor de la conductibilidad eléctrica de un líquido, indica la proporción que éste contiene de sales, ácidos y bases: el punto de congelación de una disolución indica la cantidad que contiene de moléculas disueltas en general. Con la determinación de la conductibilidad y del punto de coagulación del suero sanguíneo, antes y después de la extirpación del riñón, se comprobó en los animales que, con esta extirpación, no se modifica esencialmente la proporción de sales, ácidos y bases del suero, y en cambio siempre aumenta de un modo considerable la concentración total de este último. De este hecho se deduce que las moléculas retenidas son principalmente productos orgánicos, que resultan del metabolismo nutritivo.

Cretinismo.—El Dr. Scholz (de Graz): Con las preparaciones de substancia tiroidea se obtienen malos resultados en el cretinismo infantil; los huesos no crecen en longitud, y aunque no se han observado fenómenos de intoxicación, sí se ha visto que los enfermitos se ponen muy abatidos, que aumenta su apatía psíquica y que se demacran; siendo debida esta demacración, según lo demuestran las investigaciones respectivas, á una destrucción de las grasas. En vista de todo esto, ya no puede admitirse que la causa del cretinismo sea una atireosis. Estas observaciones contrastan con los favorables resultados que da la substancia tiroidea en el mixedema, lo

mismo en el infantil que en el adulto, según yo mismo he podido comprobar.

El Dr. Blum (de Francfort, sobre el Mein): Por lo que se ve, las observaciones clínicas concuerdan con los experimentos en los animales, los cuales demuestran que la atireosis no puede ser influída con preparaciones tiroideas. Si son útiles en el mixedema, es evidentemente porque determinan la fusión de las exudaciones patológicas.

El Dr. Naunyn (de Estrasburgo): Los fracasos de las preparaciones tiroideas en el cretinismo endémico, contrastan con los resultados favorables que proporciona en el esporádico. Una niña de tres años, tratada por mí, se convirtió de una cretina en una niña crecida y bien desarrollada; desde hace diez años viene tomando constantemente glándula tiroides, porque tan pronto como deja de hacerlo se vuelven á presentar fenómenos alarmantes.

El Dr. Kraus (de Graz): En el mixedema he obtenido los mismos resultados favorables que todo el mundo con las preparaciones tiroideas; en cambio, me lo han dado muy malo en el cretinismo.

Sueroterapia del mal de Basedow.—El Dr. Goebel (de Bielefeld): Independientemente de Lanz y de Möbius, he empleado la leche y el suero de carnero y de cabra, á los que había extirpado la glándula tiroides. Cinco meses después de la tiroidectomía, que no produjo ninguna caquexia, hacía ordeñar la leche de la cabra. A una enferma le hice beber esta leche siete meses, y más tarde el suero de la misma cabra. Con esto las molestias subjetivas se fueron haciendo cada vez menores, disminuyendo todavía más que con la leche sola. El volumen hipertrofiado del corazón disminuyó y también se hizo menor la frecuencia del pulso.

El Dr. Blumenthal (de Berlín): También yo he obtenido buenos resultados con el mismo tratamiento, y he dado cuenta de ellos en unión de Burckhardl.

El Dr. Blum (de Francfort, sobre el Mein): Recordaré mis trabajos acerca de este asunto. El tratamiento confiere inmunidad lo mismo contra el veneno libre de la glándula tiroides que contra el combinado. Cuando la tireotoxalbúmina ya no es retenida, revela esto que hay una insuficiencia de la glándula tiroides. La única terapéutica racional es el empleo de un suero contra dicha tireotoxalbúmina. Los éxitos de que se ha dado noticia hasta la fecha, sólo son consecuencia de la alimentación láctea de los enfermos y del abandono de la carne.

Modo de conducirse las tres mannosas estereoisomeras en el organismo animal.— El Dr. Paul Mayer (de Karlsbad): Hasta ahora las investigaciones experimentales relativas al modo de conducirse los hidratos de carbono en el organismo sólo se han hecho con azúcar de la quinta serie del carbono. Pero ha de tener muchísimo más interés el estudio de la influencia de la configuración molecular en las hexosas. Las investigaciones que acabo de hacer con las tres mannosas, han demostrado que las formas isomeras en su imagen especular se conducen de un modo diferente en lo que se refiere á su utilización en el organismo animal. Se observó, además, el hecho digno de mención de que una parte de las mannosas se transforma en glicosa al pasar á través del organismo y que la magnitud de esta transformación

fisiológica depende de la configuración molecular. Se comprobó, asimismo, que las tres mannosas, incluso la izquierda, que no es fermentescible, son productoras de glicógeno. Este hecho demuestra de un modo indudable que no es exacto que los azúcares fermentescibles sean los únicos capaces de producir glicógeno. La aptitud que tienen los azúcares de transformarse los unos en los otros en el interior del organismo, esclarece ciertos puntos todavía obscuros en el estudio de la transformación del azúcar, tales como la eliminación que en algunos casos se observa de levulosa y la formación de la lactosa en la glándula mamaria.

El Dr. Rosenfeld (de Breslavia): El aprovechamiento de un azúcar ejerce quizá influencia en el de otro. En efecto, cuando se administran juntas la galactosa y la dextrosa, su destino ulterior es diferente que cuando se las da separadas: no se elimina nada de dextrosa y poca galactosa.

Significación de los distintos azúcares en la economía del cuerpo sano y enfermo.—El Dr. Clemm (de Darmstadt): Ya había demostrado anteriormente que cuando la digestión salivar se sostiene durante tres días, no se forma el azúcar doble, la maltosa, sino las dos moléculas de dextrosa que lo constituyen. Observé, además, que las ptialinas pancreáticas de las distintas especies animales, difieren entre sí, no sólo cuantitativamente, sino también cualitativamente, ó sea en lo que se refiere á las clases de azúcar que producen á expensas del almidón. Finalmente, he visto que, probablemente las bacterias forman, á expensas del almidón, en vez de glicosa, galactosa, ó sea el aldehído de la dulcita en lugar del de la glucita, ya que otros investigadores han visto formarse á expensas de diferentes monosacaridos y de sus alcoholes estereoisoméricos, y por virtud de la acción de la vegetación de la patata, almidón á expensas de la clorofila. Ahora bien, como es sabido que de la dextrosa y de la levulosa se produce el glicógeno, que no forma más que azúcar de la orina, no es extraño que á la inversa se formen diversos monosacaridos por desdoblamiento del almidón, los cuales varían según la naturaleza del enzima ó fermento que haya obrado. En el período inicial de la tuberculosis, en que está aumentada la actividad de las glándulas gástricas, está indicado el azúcar que se opone á la abundancia de dichas secreciones y se combina con el ácido; en los casos más avanzados sólo cabe usar la levulosa, que influye, aunque poco, en la ya decaída actividad glandular del estómago. Cuando éste carece de jugos, hay que contar también con que el azúcar doble puede ser descompuesto en sus moléculas de azúcar sencillo por la acción prolongada de la ptialina salivar en el estómago, y no hay que olvidar entonces que en estos casos, por lo menos la mitad del azúcar se convierte en dextrosa, cuya influencia nociva sobre la actividad gástrica hay que tener muy en cuenta.

Diabetes suprarrenal. —El Dr. Blum (de Francfort, sobre el Mein): Ya en otras ocasiones he referido que la cápsula suprarrenal contiene una substancia que introducida en la circulación, aunque sea en pequeñas dosis, es capaz de producir glicosuria. Dicha substancia es idéntica al principio de la cápsula suprarrenal, que también es capaz de aumentar la presión sanguínea, y que reduce la disolución amoníacal de plata. La suprarrenina y la adrenalina poseen también poder glicógeno. Fracciones de milígamo de esta substancia ó el contenido de una sola cápsula suprarrenal, bastan para que

la orina del conejo contenga casi un 6 por 100 de dextrosa. En perros alimentados exclusivamente con carne, se encontró hasta un 4 por 100 de glicosa en la orina. Esta glicosuria dura dos ó tres días. Con inyecciones continuadas de jugo suprarrenal, se puede obtener una excreción continua de azúcar, una verdadera diabetes azucarada.

Yo creo que este poder de la cápsula suprarrenal se ejerce por intermedio del hígado. En efecto, los perros hambrientos, cuya provisión de glicógeno se debe considerar como agotada, no segregan nada ó muy poco de dextrosa cuando se les inyecta la substancia suprarrenal, y en cambio, la vuelven á expeler y en gran cantidad, si se los ceba con grasas. Es muy verosímil que las cápsulas suprarrenales intervengan en la etiología de determinadas formas de diabetes, y sobre todo en la llamada diabetes bronceada, puesto que hay mucha semejanza entre los fenómenos experimentales y lo que nos enseña la clínica.

Diabetes floridzínica y glicosuria alimenticia. — El Dr. H. Voot (de Estrasburgo): En los animales que se saturaron de azúcar mediante la inyección intravenosa y uniforme de glicosa, la diabetes floridzínica provoca una mayor excreción de azúcar. Otro dato que hace pensar en una influencia sobre el riñón, es el de que la diabetes floridzínica también actúa sobre la secreción de agua, ó en su caso, de sal (diuresis con modificación en el punto de congelación de la orina). Con la inyección intravenosa y uniforme de azúcar de caña, puede aumentar también la excreción de este azúcar, que provoca la floridzina diabética sin que por ello se elimine glicosa.

Descenso traumático del riñón.—El Dr. Lennhoff (de Berlín): El descenso del riñón puede ser determinado por lesiones traumáticas de muy diverso género. Una de las causas más raras es la distensión enérgica de todos los músculos del cuerpo. En la Policlínica de Litten he visto seis casos bastante iguales, en los que el riñón—derecho ó izquierdo—había descendido de su sitio, á consecuencia de una distensión muscular enérgica, y verificada hacia atrás con el objeto de impedir la caída al llevar una carga ó con otro motivo análogo. Cuatro de los casos se refieren á hombres que tenían un índice Becher-Lennhoff muy elevado, y por lo tanto, en ellos el riñón era muy accesible al reconocimiento exterior. Los otros recayeron en mujeres: el índice mencionado era bajo, y en cambio, las molestias que sentían eran mucho mayores. Para combatirlas, basta generalmente una faja ventral apropiada.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*).— R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 27 de Junio de 1902.

Trasplantación renal. — El Dr. Emerich Ullmann: Hace tres meses he traído un perro al que le había trasplantado un riñón á la región cervical, uniendo su arteria á la carótida y su vena á la yugular. El riñón quedó ingerto y conservando su función. Después conseguí trasplantar el riñón de un perro á otro, y hoy puedo presentar una cabra en cuya región cervical ingerté

con éxito el riñón de un perro. Como puede verse, el riñón trasplantado también sigue segregando orina, resultado que á mí mismo me ha sorprendido.

El Dr. Eiselberg : Deseo saber qué ha sido del perro que el Dr. Ullmann ha presentado hace tres meses.

El Dr. E. Ullmann : Todavía no se ha hecho el examen microscópico del riñón ingertado, pero á simple vista se aprecia que sólo se ha necrosado en algunos puntos, que se nutre normalmente, que la superficie del riñón se ha adherido al tejido celular subcutáneo y á la cara interna de la piel y que al disecar el riñón fué necesario cortar vasos de nueva formación que dieron mucha sangre.

De algunas condiciones etiológicas de la glicosuria alimenticia. — El doctor Schlesinger : Cuando se liga el conducto torácico en el perro, se presenta una disminución pasajera para la asimilación del azúcar ; después ya no se puede producir una glicosuria alimenticia. Según esto, en el estado normal la glicosuria alimenticia sólo se produce por el paso del azúcar al conducto torácico. El opio disminuye la excreción de azúcar en circunstancias normales (reprimiendo el movimiento peristáltico). La ligadura del conducto colédoco favorece la glicosuria alimenticia ; pero una parte del azúcar segregado de más, acaso provenga del que ha pasado al conducto torácico. Cuando se ligan los dos conductos, torácico y colédoco, disminuye algo la asimilación del azúcar, sin duda á causa del trastorno de la función hepática. Esta disminución en la asimilación del azúcar es genuínamente diabética, porque aun con la ingestión de levulosa y de amiláceos, se segrega también dextrosa. Cuando se ligan aisladamente el conducto torácico ó el colédoco, no se observa glicosuria espontánea.

El Dr. Biedl : En experimentos que vengo practicando desde hace cuatro años, he visto que de 153 casos en que practiqué la ligadura ó la abertura del conducto torácico, se presentó glicosuria en un 78 por 100, con la ligadura en un 66 por 100 y con la abertura del conducto en un 88 por 100. Al lado de esta estadística poco significan los nueve casos en contrario del doctor Schlesinger. El hecho de que no se presente siempre la glicosuria tiene su razón de ser en la existencia en el perro de otro conducto torácico derecho. Ligando también éste, aumenta ó se presenta la glicosuria Pero, además de los conductos linfáticos, ha demostrado Winkler que existen otras comunicaciones entre el sistema linfático y la circulación general.

Además, para tener la seguridad de que está bien ligado el conducto torácico, es preciso practicar después en él una inyección de azul de metileno y cerciorarse de que esta disolución no pasa al sistema vascular sanguíneo. Se sabe también que en los casos en que la ligadura del conducto torácico produjo realmente estancación, ésta adquirió un grado considerable, llegando en algunos casos á producir hasta hidrotórax ó ascitis quilosos y la muerte del animal. Por consiguiente, cuando se refiere que la ligadura no ha acarreado ningún perjuicio, hay que creer que existían comunicaciones colaterales.

Según el preopinante, después de la ligadura del conducto torácico, aumenta la secreción de azúcar, ó lo que es lo mismo, disminuye el límite de su asimilación. Yo creo que si se obstruye el camino por donde se cree que pasa el azúcar y á pesar de esto aparece más azúcar en la orina, la conclusión lógica

es la de que no es dicho camino por donde pasa el azúcar. El autor cree que dicha ligadura provoca alteraciones del páncreas, y de aquí la glicosuria ; es decir, que admite en esto la opinión de Biedl que había sido desechada hasta ahora.

Posteriormente, al cabo de algunas semanas, se presenta de pronto un aumento colosal en la asimilabilidad del azúcar.

El límite de asimilación del azúcar ya se sabe que no tiene nada de fijo, y el aumento de 40 á 80 gramos en dicho límite que observó el autor, tampoco es muy considerable. Pero esto importa poco. Lo más interesante es que el autor explica la glicosuria que aparece después de ligar el conducto, como resultado de una alteración del páncreas, que desaparecería después, cosa extraña, y el aumento ulterior en la asimilabilidad del azúcar, lo atribuye á la oclusión del conducto torácico, conclusión todavía más singular, puesto que ahora es cuando debía establecerse una circulación colateral.

El autor cree, con Guisberg, que el azúcar penetra por la vía linfática, pero hay otros experimentos de los cuales resulta que la mayor parte del azúcar entra por la vía sanguínea. Afirma, además, que un movimiento peristáltico muy activo favorece la absorción, y todos los prácticos saben que lo que se favorece con eso es la diarrea. El opio se sabe que disminuye la glicosuria en la diabetes, y se ha explicado este hecho por la disminución del movimiento peristáltico que produce.

El Dr. Offer : En un caso de tumor abdominal que comprimía casi por completo el conducto torácico por encima de la cisterna de Pecquet, se presentaba glicosuria con la inyección de 100 gramos de pan blanco. Este hecho viene en apoyo de los experimentos de Biedl. Respecto á la diarrea, sabemos, por lo que nos enseña la clínica, que cuando se presenta diarrea en los diabéticos, disminuye casi siempre la glicosuria.

El Dr. Pal : Yo también sé de otros casos en que la glicosuria coincidió con oclusión del conducto torácico. Así, en uno de intoxicación fosfórica observado por Reichel en la Clínica de Neusser, y en el que se había presentado glicosuria, se encontró obstruído el conducto torácico, pero como todavía no se habían publicado los experimentos de Biedl, se atribuyó la glicosuria á una irritación del neumogástrico, por haberse encontrado en éste hemorragias.

En el caso de mi clínica á que ha hecho referencia el Dr. Offer, se encontró cáncer del cardias é infiltración del tejido retroperitoneal que había comprimido el conducto torácico y los vasos del riñón izquierdo. La cisterna de Pecquet estaba muy dilatada y había ascitis quilosa.

Creo, por lo tanto, que está justificado conceder en estos casos cierta importancia diagnóstica á la glicosuria como síntoma probable de compresiones del conducto torácico.

En un segundo caso del hospital, en que se trataba de un cáncer del cardias, con las inyecciones de 100 gramos de glicosa, se expelieron 300 cm^3 de orina con 1 por 100 de azúcar. En un tercer caso de la práctica privada, en que se sospechaba también compresión del conducto torácico, todavía fué más pronunciada, aunque pasajera, la glicosuria.

Con motivo de esta cuestión, debo decir que no estoy conforme con la opinión del Dr. Kretz y de otros, de que la existencia de una glicosuria alimenticia y de una ictericia, contraindica la operación de Talma en los casos

de ascitis de origen cirrósico. En efecto, en los dos casos que yo presenté aquí había glicosuria alimenticia y en uno de ellos también existía ictericia. Ambos se han curado sin que se hubiese vuelto á reproducir la ascitis.

El Dr. Guillermo Schlesinger: Sé muy bien la importancia que tiene la extirpación total del páncreas para el desarrollo de la diabetes, pero es muy racional creer que lesiones pancreáticas que no bastan por sí solas para ocasionar la diabetes, podrán producirla combinadas con un trastorno funcional del hígado. El movimiento peristáltico, si no es muy violento, hace pasar los materiales del estómago á la porción inferior del intestino delgado donde se absorben mejor. El opio impide que dicha porción del intestino se llene demasiado del material que contiene el azúcar y que de ese modo pueda pasar éste al conducto torácico.

Respecto á las objeciones de Biedl, debo decir que en mis nueve perros, al principio ha disminuído mucho la asimilación del azúcar; que en todos ellos había señales evidentes de que estaba bien obstruído el conducto torácico; y, por último, que no es necesario que la glicosuria se presente inmediatamente después de ligado dicho conducto para admitir las relaciones de causa á efecto. En efecto, al poco tiempo de la operación, además de la dificultad de absorción del azúcar por el conducto torácico, intervienen lesiones orgánicas (quizá del páncreas), lesiones cuyas consecuencias se ocultan ó disimulan mientras dura el obstáculo mecánico á la absorción del azúcar procedente del intestino.

El Dr. Biedl: Creo que mi objeción sigue en pié. Si el azúcar penetra por el conducto torácico, inmediatamente después de ligado éste es cuando no debía haber nada de glicosuria. Todavía es menos plausible la hipótesis de que más tarde debía ser más completa la oclusión del conducto torácico. En los experimentos que he hecho con el Dr. v. Decastello, he podido demostrar que después de ligado el conducto torácico no se consigue impedir el paso por el mismo por más de veinticuatro horas, de aquellos elementos que se sabe con seguridad que siempre siguen ese camino, como son los linfocitos pequeños. Teniendo en cuenta estos hechos, me parece incomprensible que á las dos semanas de ligado el conducto torácico no pase nada de azúcar por el mismo. — (*Wiener klinische Wochenscrift*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Para regularizar la menstruación. — El Dr. A. Robin aconseja tomar ocho días antes de la época presunta de las reglas, y en el momento de las dos principales comidas, una á tres cucharaditas de la poción siguiente:

Elixir de Garus	100 gramos.
Extracto fluído de hydrastis canadensis	aa 5 —
— — de viburnum prunifolium	
— — de gossypiumherbaceum	

Estas cucharaditas se suspenderán el día reglamentario de la menstruación;

si el flujo es demasiado abundante, se volverán á tomar desde el primer día. En caso de intolerancia para los medicamentos de esta fórmula, tomará la enferma una á seis píldoras formuladas así:

Ergotina.	aa 10 centígramos.
Sangre de drago en polvo	

Para una píldora.

Puede usarse también la poción siguiente:

Ergotina.....	5 gramos.
Acido gálico.....	50 centígramos.
Jarabe de trementina.....	30 gramos.
Agua de tilo	120 —

Una á seis cucharadas por día.

(*Bull. gen. de therapeutique*). — F. Toledo.

Estudios experimentales sobre el uso simultáneo de los preparados de yodo y de mercurio. — Sabido es que cuando se administra yoduro potásico al interior, la aplicación de calomelanos á la conjuntiva produce un efecto irritante, por formarse biyoduro de mercurio. Con objeto de estudiar detenidamente este asunto, ha practicado el Dr. Fritz Lesser, de Breslavia, una serie de experimentos en conejos, y ha recogido algunas observaciones clínicas.

Los resultados de las unas y de los otros son los siguientes:

El uso interno de los calomelanos, del protoyoduro de mercurio y del tanato de oxídulo de mercurio, está contraindicado mientras circulan yoduros en el organismo, porque las sales mencionadas de mercurio, en presencia de los yoduros, se absorben bajo la forma de biyoduro de mercurio, que es irritante; en cambio, el uso interno del sublimado y del yoduro no acarrea ningún perjuicio con tal que haya cierto intervalo entre la administración de ambos medicamentos.

Las sales solubles de mercurio (biyoduro, formamido, oxicianuro) y de las insolubles el salicilato, el timolacetato y el aceite gris, se pueden emplear sin ningún inconveniente para inyecciones durante un tratamiento yodurado. En cambio, no convienen las inyecciones de calomelanos asociadas á la administración de yoduros alcalinos. En personas que habían recibido una inyección de calomelanos y tomaron á los dos días, cuando ya no tenían ningún dolor, yoduro potásico, se presentaron á los veinte minutos, en los sitios de las inyecciones, dolores muy intensos que duraron unas cuatro horas; en los animales se habían observado hechos parecidos. Sin embargo, estos efectos son puramente locales y no tienen tanta importancia é intensidad que contraindiquen siempre la asociación, que tan eficaz resulta en algunos casos de las inyecciones de calomelanos y del uso interno del yoduro.

Por las úlceras de la piel únicamente se elimina yodo cuando el yoduro se toma á dosis muy crecidas, v. gr., 6 gramos en cuatro horas: sólo en este caso es cuando hay que evitar la aplicación de calomelanos y de pomada de precipitado blanco en las úlceras cutáneas. En cambio, está absolutamente contraindicada la aplicación de dichas preparaciones á las mucosas (conjun-

tiva, laringe, uretra, mucosa prepucial) cuando circula yodo en el organismo, porque con facilidad se produce efecto cáustico. Lo mismo sucede con el empleo del oxicianuro de mercurio y del sublimado para lavados vesicales.

El empleo simultáneo de las unciones mercuriales y del yoduro, es completamente inofensivo.

De todo lo expuesto deduce el autor que sólo en determinadas circunstancias está justificado el temor al empleo simultáneo del mercurio y del yodo, y que, por lo tanto, siempre que se pueda se debe emplear este tratamiento combinado, cuyas grandes ventajas están bien demostradas por la experiencia clínica.—(*Arch. für Dermat. und Syph.*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento del líquen plieso.— En los casos ligeros de esta enfermedad se reblandecerán los granos córneos con jabón negro ó salicilato, y se les desprenderá mecánicamente por medio de fricciones con polvo de marmol más ó menos fino. Para combatir la inflamación ligera que existe, el Dr. Leistikow aconseja la pasta de zinc resorcinada al 3 ó 5 por 100, la pasta azufrada ó los polvos siguientes ;

Azufre precipitado.....	aa 5 gramos.
Talco de Venecia.....	

Saalfelt recomienda las pomadas de azufre, de náftol, de ácido crisofánico ó alguna de las siguientes :

Azufre precipitado.....	15 gramos.
Jabón de potasa.....	aa 30 —
Manteca.....	
Piedra pomez pulverizada.....	16 —

ó

Lanolina.....	aa 50 gramos.
Manteca.....	
Jabón de potasa.....	
Naftol.....	15 —
Creta blanca.....	10 —

Los fenómenos de irritación se tratarán con la cola de zinc al ichtiol ó con la muselina untada de pomada de zinc y de ichtiol, ó sencillamente con algodón cataplasma.

Brocq aconseja las pomadas de ácido salicílico, los emplastos pirogálicos, salicilados ó resorcinados.

El glicerolado de aceite de enebro y el tártrico tienen sus partidarios :

Glicerolado de almidón neutro...	100 gramos.
Acido tártrico.....	5 —

Se recomendará el tratamiento general, arsenical de preferencia.

(*Rev. internat. de med et de chirurgie*).—F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA HIDROTERAPIA EN LAS FIEBRES ERUPTIVAS

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

Con no representar una conquista de estos últimos años el tratamiento hidroterápico de las fiebres eruptivas, ha progresado mucho el conocimiento de sus indicaciones, merced á la luz proyectada sobre la naturaleza y génesis de estas enfermedades y de sus complicaciones por la observación clínica, perita y adiestrada en las investigaciones modernas.

Aunque de antiguo se conozcan las pirexias exantemáticas y en otras épocas se haya intentado tratarlas por los baños, es lo cierto que hasta muy cerca de nuestros días, y en determinadas circunstancias hasta en la actualidad, el tratamiento hidroterápico no se ha podido generalizar por la resistencia activa y deliberada que encontraba en el público, fanático creyente en los resabios de rancias y tradicionales preocupaciones, y por la resistencia pasiva que le oponía la clase médica, en parte por la justificada razón de falta de convencimiento, y en parte por la razón menos justificada de falta de entereza para oponerse á las ideas profesadas por el público.

Mas llegó el momento de la conversión, como no podía menos de llegar, en que incrédulos y apocados, al contemplar la revolución que introducían en la terapéutica de los procesos febriles los descubrimientos bacterianos y los resultados brillantes que se obtenían con la hidroterapia en la fiebre tifoidea, enfermedad muy parecida á una fiebre eruptiva por su exantema roseólico y su enantema intestinal, se convirtieron en fervientes devotos y valerosos campeones del nuevo tratamiento.

La base racional que aquellos descubrimientos suministran al jui-

cio para aceptar con fé la hidroterapia y el poder sugestivo de las analogías indicadas, facilitaron la generalización todavía restringida de este recurso, que cuando se maneja con la oportunidad y propiedad debidas, merece el doble epíteto de heróico é inocente. De ahí la necesidad absoluta, para que el recurso no se convierta en inútil y ofensivo, de conocer con la mayor precisión y exactitud posible el *cuándo* y el *cómo* se ha de emplear, único modo de que se obtengan todas las ventajas que de él pueden esperarse.

Examinemos, pues, estas dos proposiciones terapéuticas.

§ 1.° ¿Cuándo se ha de emplear la hidroterapia?

Las indicaciones terapéuticas que han de servir de norma para el empleo de la hidroterapia y que constituyen los factores que imprimen carácter racional á la determinación que se adopte en cada caso particular para resolver ese *cuándo*, son más numerosas de lo que se podría suponer, examinando superficialmente este problema ó reduciendo sus términos en los estrechos límites en que de ordinario se les mueve.

El *cuándo* afecta de un modo directo á la oportunidad tarapéutica y la oportunidad nace en todos los momentos en que el recurso á emplear es capaz de producir efectos favorables sobre el organismo, y esos momentos clínicos que suministran el material razonable de toda indicación, se encuentran muy á menudo en el curso de las fiebres eruptivas.

De la misma naturaleza y de los rasgos generales de estas enfermedades, despréndese desde luego indicada la hidroterapia. Aunque todavía no se sepa de un modo definitivo cuál es el germen responsable de cada uno de estos procesos, se supone con sobrada razón, tanto por la indiscutible contagiosidad como por otros caracteres descubiertos por la observación ó corroborados por los experimentadores, que se trata de infecciones y, por lo que se desprende del análisis clínico riguroso y desapasionado, son infecciones de curso cíclico en que la indicación farmacológica es aún impotente para abreviar la duración en cada caso particular según hemos tenido ocasión de comprobar repetidas veces, y en que la seroterapia es más teórica que práctica.

Cuando se ensayan en muchos casos las medicaciones numerosas y variadas que se han aconsejado contra aquéllas, se adquiere el firme convencimiento de que ninguna influye de modo decisivo so-

bre la duración del proceso y de que las diferencias que se observan en esta duración y hasta las anomalías de desarrollo dependen mucho más que de la medicación instituída, de las defensas orgánicas despertadas con más ó menos vigor y prontitud por el agente morboso que ha invadido el organismo; es decir, más bien son obra espontánea del conflicto patológico, obra variable en el tiempo y en la intensidad, que resultado artificioso de la terapéutica empleada.

Por aquel convencimiento se comprende que cada día se simplifique más el tratamiento, que podríamos llamar general, de las fiebres eruptivas y quede reducido á una especie de higiene terapéutica. La imposibilidad de corregir los rasgos generales del proceso y de transformar profundamente sus caracteres genéricos, modificando favorablemente el curso y abreviando la duración por medio de los recursos farmacológicos, son motivos sobrados para desechar, como línea general de conducta, los llamados tratamientos activos y acudir á la expectación razonada en sustitución de los fármacos y á las reglas higiénicas que comprenden desde la alimentación líquida y bebidas hasta la ventilación, cuidadosa limpieza, etc., como armas terapéuticas menos perturbadoras, por inocentes, y más activas, por apropiadas.

Los conocimientos fundamentales que poseemos acerca del mecanismo de las infecciones, no sólo autorizan, sino que impulsan con energía á adoptar esta línea de conducta terapéutica en toda clase de fiebre infecciosa y, por lo tanto, en las fiebres eruptivas. Aquellos conocimientos nos hacen ver, en síntesis, que en estos padecimientos, mientras no dispongamos de un recurso nocivo para el agente morboso, como la quinina en el paludismo, ó capaz de oponerse, destruir ó neutralizar los efectos de la toxina, como el suero antidiftérico en la difteria, la terapéutica se ha de reducir á no perturbar desfavorablemente para el enfermo la lucha entablada, aportando energías al organismo desfallecido, despertando sus dormidas funciones defensivas ó activando las amortiguadas y, por fin, favoreciendo la oxidación y la eliminación de los productos tóxicos que envenenan todos los órganos.

Sólo la hidroterapia puede llenar á la perfección cada una de estas indicaciones, sin los inconvenientes de la ingestión de medicamentos con su consiguiente absorción y gran variedad de efectos secundarios, ingestión que siempre se ha de limitar á los extrictamente indispensables, y que sólo tiene razón de ser cuando se ha de llenar una indicación sintomática de importancia. Por todos estos motivos

los recursos hidroterápicos han de ocupar el primer puesto entre los agentes que la higiene terapéutica recomienda en el tratamiento de las fiebres eruptivas.

Lo que no se consigue con la dietética apropiada, con el aire puro, con el cambio de ropas, etc., y, en particular, con las medicaciones farmacológicas, se obtiene con rapidez y facilidad por medio de la hidroterapia. De ahí que ésta haya tomado carta de naturaleza en el tratamiento general de todas las infecciones y, merced á los excelentes resultados obtenidos en la fiebre tifoidea y á los razonamientos lógicos que los explican, se considere por idénticas razones indicada en toda fiebre infecciosa. Los éxitos obtenidos en la septicemia puerperal, en el reumatismo, en la gripe y en tantas otras infecciones, hablan con elocuencia en apoyo de lo que estamos sustentando.

Como es bien sabido, las fiebres eruptivas en nada difieren fundamentalmente de las demás infecciones, ni se conoce hoy razón alguna para opinar en contrario. Sólo el exantema, considerado, desde el punto de vista del humorismo tradicional, como el factor preeminente y más peligroso del proceso, ha influído en mantener el concepto de estas enfermedades bastante separado del concepto de las demás infecciones y, de un modo especial, el relativo á su tratamiento. Sin negar la gran importancia que la erupción tiene en este grupo de pirexias; más aún, concediéndola los honores de ser fuente de indicaciones terapéuticas muy respetables y de elementos pronósticos muy dignos de tenerse en consideración, conviene, sin embargo, recordar, por una parte, que los exantemas no representan un carácter exclusivo de dichas pirexias, sino que es muy frecuente observarlos, más ó menos duraderos, acusados y atípicos en gran número de infecciones y, por otra, que la tan temida repercusión interna del proceso tegumentario puede evitarse y aun puede corregirse por medio de la hidroterapia.

Considérese desde el punto de vista que se quiera, el exantema no representa una contraindicación para el empleo de la hidroterapia. Al contrario ; si se tienen en cuenta, por un lado, las investigaciones bacteriológicas referentes á las manchas, vesículas y pústulas de estas enfermedades y, por otro, los resíduos patológicos que persisten en los tegumentos, convirtiéndose en focos constantes de contagio, se comprenderán los excelentes resultados que pueden obtener se de dicho recurso terapéutico.

Examinando, pues, las fiebres eruptivas en su aspecto general,

abstracto, teórico si se quiere, descúbrense ciertos rasgos clínicos constantes que sirven de base firme á la indicación terapéutica y proclaman á la hidroterapia como el mejor recurso para llenarla. El curso cíclico de estos padecimientos y su duración invariable; la ineficacia ó poco menos de los llamados tratamientos activos, farmacológicos generales, que abrigan las grandes pretensiones de abreviar el proceso, transformar en benignos los casos graves y evitar gran número de complicaciones y consecuencias peligrosas, cuando no hacen más, si no son nocivos, que ser testigos indiferentes de ese combate que se fragua en el seno del organismo, cuyos distintos episodios varían en cada caso particular según la virulencia del germen y la actividad y eficacia de las defensas, dando lugar á los distintos matices clínicos del padecimiento; la conveniencia constante, y en muchos casos la necesidad, de ayudar al organismo en ese combate, favoreciendo ó estimulando el vigoroso ejercicio de sus funciones defensivas; la ordinaria septicidad de la piel, causa de frecuentes complicaciones ulteriores; y la necesidad de facilitar en el menor tiempo posible la caída y destrucción de los agentes contagiosos específicos que anidan en los tegumentos, son una serie de razones que abonan, justifican y hasta proclaman el empleo de la hidroterapia como tratamiento general de las fiebres eruptivas.

Además de llenar esta indicación que, por las bases generales en que descansa, podríamos llamar *genérica*, la hidroterapia también llena otras indicaciones, las cuales, por nacer en la necesidad ó conveniencia de combatir determinados síntomas del cuadro morboso, podrían llamarse *sintomáticas*.

En las formas graves de estas enfermedades, excepto en los casos primitivamente hemorrágicos, la hidroterapia resulta un eficaz recurso; en las formas atáxicas y adinámicas, sea cual fuere el período en que se encuentre el exantema, suele modificar tan rápida y favorablemente el proceso, que se consigue con relativa facilidad, lo que tal vez no se conseguiría con los agentes farmacológicos, ó, en caso de conseguirse, sería con grave quebranto orgánico. En la adinamia, los enfermos salen de su sopor, se les despeja la inteligencia, se les humedece la lengua, se les reblandece y facilita la tos, disminuye la disnea, se reanima el semblante, se refuerza el pulso y se facilita y aumenta la diuresis y, en cambio, en la ataxia cede el delirio, reaparece la lucidez, se recobra la tendencia al sueño y mejoran visiblemente como en la adinamia las demás funciones orgánicas.

La fiebre es un síndrome complejo que encuentra en este recurso terapéutico su más poderoso é inofensivo tratamiento. No obstante, nunca se insistirá demasiado en que sólo se ha de llenar la indicación antihipertérmica cuando la elevación de la temperatura es peligrosa por su alta cifra termométrica ó por su falta de remisión diaria. Es necesario convencerse que no en balde estas enfermedades se llaman *fiebres* eruptivas, y, por lo tanto, que la fiebre es una manifestación sintomática imprescindible en el curso normal del proceso. Mientras la temperatura febril oscile dentro de los límites que la experiencia ha demostrado que le son propios, no se ha de intentar con la hidroterapia, y mucho menos con otros agentes, la provocación del descenso térmico, porque entonces se correría el riesgo de perturbar la normalidad del padecimiento.

Por estas razones es considerada en buena clínica mucho más grave la hipotermia que la hipertermia, y la experiencia enseña que es mucho más difícil volver á la normal las temperaturas bajas que las altas. De todos modos, en la hipotermia también encuentra su indicación la hidroterapia manejada con el tino y la prudencia que este agente y el grave estado del enfermo demandan.

No estará de más hacer resaltar que en la clínica no se observan con esa pureza que se trasluce de los dos párrafos que preceden las indicaciones que nacen en los cambios de temperatura, puesto que éstos, como hijos, al fin y al cabo, de los trastornos generales provocados por la infección, no representan más que otros tantos síntomas, cuyo valor relativo, unido al de los demás, suministra la indicación total desprendida del conjunto sintomático.

El delirio, el sopor, el colapso, la disnea, las congestiones viscerales, y en particular las complicaciones intratorácicas, son otra serie de síntomas y manifestaciones patológicas que encuentran en la hidroterapia un eficaz é inocente correctivo.

Con este recurso se suele corregir fácilmente el delirio precoz del período eruptivo y el tardío del período de supuración de la viruela confluente; se consigue despejar el sensorio é imprimir animación al semblante en el sopor que acompaña al exantema sarampionoso; se suele modificar favorablemente la disnea tóxica del comienzo de la escarlatina y la disnea mecánica de las localizaciones broncopulmonares del sarampión; se regulariza, de ordinario, el pulso y aumenta la tensión arterial en las grandes acometidas cardíacas de los últimos períodos de las formas graves del sarampión y de la viruela; se mejoran de un modo visible los estados congestivos é in-

flamatorios del árbol aéreo en estas dos últimas enfermedades; y se corrigen el dolor de cabeza, los vómitos, el meteorismo, y los desarreglos intestinales dependientes de esos trastornos de las serosas, conocidos por los nombres de meningismo y peritonismo, que tan á menudo se desarrollan en el curso de las fiebres exantemáticas.

Claro es que ni la indicación que hemos llamado genérica ni todas estas indicaciones sintomáticas pueden llenarse con una fórmula hidroterápica, única é invariable en todos los casos; de donde nace la necesidad de conocer el *cómo* se ha de emplear dicho recurso terapéutico en las variadas modalidades patológicas que se observan en la clínica.

§ 2.º ¿Cómo se ha de emplear la hidroterapia?

Mientras el *cuándo* afecta á la oportunidad terapéutica, el *cómo* entraña todo el *modus faciendi*, el cual varía en cada caso particular según el fenómeno patológico que se trata de combatir. Las variantes del procedimiento interesan á sus tres aspectos principales: á la forma hidroterápica, á la temperatura y composición del líquido y á la duración de las aplicaciones.

Como hemos dicho, la indicación genérica se desprende, por una parte, del concepto general de las infecciones aplicado al caso particular de las fiebres eruptivas, y, por otra, de los fenómenos tegumentarios que de un modo especial se observan en éstas. Luego, para llenar esta indicación en el curso normal de estos procesos patológicos y, por lo tanto, exentos de toda clase de complicaciones, es necesario que la hidroterapia no sea perturbadora y, con objeto de convertirla en base general de tratamiento, que excite moderadamente las funciones orgánicas y, en particular, la circulación periférica y, á ser posible, ejerza una acción nociva sobre los gérmenes que habitan en la superficie de la piel. Llena á la perfección este cometido el baño general templado, de 29 á 32º C., y de diez á quince minutos de duración. Administrando diariamente un baño de esta clase á la hora de mayor recargo, se convierte este recurso en el tratamiento general más eficaz é inofensivo de las fiebres eruptivas, mucho más eficaz é inofensivo que los demás tratamientos farmacológicos que se han preconizado con entusiasmo.

Estos baños no han de ir seguidos de fricción; al salir del agua el enfermo se le envuelve en una sábana, se le coloca en la cama y se le cubre con las envolturas de la misma para facilitar una pron-

ta reacción. A la media hora, poco más ó menos, de hallarse en la cama, se le quita la sábana y se le coloca la ropa interior cuidando de que no esté fría. Es necesario tener presente que en los niños de poca edad, aunque la duración del baño sea la misma, es conveniente que la temperatura del agua llegue á los 33 ó 34°.

Cuando, además de los efectos excitantes generales que favorecen el libre ejercicio de los actos defensivos de la economía, se desea actuar nocivamente sobre los gérmenes que anidan en los tegumentos ó se quiere facilitar la descamación de los restos epidérmicos ó la caida de las costras, se añadirá al agua del baño alguna preparación de sublimado corrosivo ó de carbonato de potasa. Nosotros empleamos, para un baño de adulto, la siguiente solución :

Alcohol	200	gramos.
Sublimado corrosivo	60	—

Disuélvase ; para un baño general.

También da buenos resultados disolver en el baño la siguiente mezcla :

Carbonato de potasa	60	gramos.
Resorcina	80	—

Mézclese ; para un baño general.

Inútil es añadir que estas fórmulas pueden variarse sin inconveniente, mientras llenen el objeto antiséptico que se proponen. Nosotros empleamos la primera con predilección en la viruela y en los exantemas acompañados de supuración, y la segunda en la escarlatina y en los exantemas puramente eritematosos.

De lo dicho se desprende que en los casos normales, en los que las manifestaciones sintomáticas no se salen del cuadro clínico ordinario y, por lo tanto, no constituyen base de nuevas indicaciones, la hidroterapia se ha de prescribir para llenar la indicación que hemos llamado genérica en forma de baño general templado, antiséptico, diario y á la hora de mayor recargo.

Pero si el cuadro clínico se sale de su marco normal, entonces ó no está indicada la hidroterapia ó ha de variar su forma de administración para llenar en cada caso las indicaciones sintomáticas que hemos enumerado en el párrafo precedente.

En las formas adinámicas, acompañadas generalmente de elevadas temperaturas, se prescribirán baños de 28° C., de quince á veinte minutos de duración y se podrán dejar enfriar hasta los 23° C., se-

gún lo permita la resistencia del pulso y la energía del miocardio. Estos baños pueden prescribirse en todos los períodos del proceso, puesto que la erupción no representa una contraindicación; tampoco se ha de secar al enfermo; se le envolverá en una sábana, antes de meterle en la cama, y se le quitará media hóra ó una hora después, tomando las mismas precauciones que en párrafos anteriores hemos indicado. Empleado así, con este recurso se consigue que desaparezca el sopor, que descienda la temperatura y que mejore el curso del proceso morboso; según la reaparición más ó menos pronta de los mismos síntomas, se repetirán los baños cada doce horas ó más á menudo.

El delirio, en alguna de sus variantes, es muy común que acompañe las formas atáxicas, las cuales encuentran buen correctivo en los baños de 31° C. y de media hora de duración. Cuando lo permite el estado general del enfermo, da muy buen resultado enfriar el agua durante los cinco minutos últimos que aquél ha de permanecer en el baño, echándole algún cubo de agua fria en la cabeza. Cuando mejoran todos los síntomas y el delirio persiste, antes que recurrir á los medicamentos para combatirle, es bueno ensayar la aplicación constante en la cabeza, desprovista de cabello, de compresas mojadas en agua fría ó de una vejiga de hielo.

Tanto en las formas atáxicas como en las adinámicas, si van acompañadas de gran elevación de temperatura y no dan resultado los baños en la forma que acabamos de aconsejar, llega el momento de acudir á la polakibrequia (1), ó sea, á las aplicaciones de agua fría á la cabeza y á las lociones y humectaciones alternadas y repetidas con la frecuencia que exija la tenacidad inmodificable de los síntomas graves. La polakibrequia, que dimos á conocer como un tratamiento hidroterápico de la fiebre tifoidea, empleada en ese momento clínico que le presta toda la oportunidad, suele modificar de un modo muy favorable el curso grave de las fiebres eruptivas, aunque se encuentren los enfermos en plena erupción. El delirio, el dolor de cabeza, la disnea, el sopor, el meteorismo, los vómitos y todo ese conjunto de síntomas alarmantes que cuando menos denota un gran reflejismo meningeo y peritoneal, si no cede con los baños se corrige á menudo con la polakibrequia, y llenan entonces, aquéllos ó ésta, las indicaciones sintomáticas que se desprenden de cada una de estas manifestaciones morbosas.

(1) Codina Castellví, *La polakibrequia; nuevo tratamiento de la fiebre tifoidea.* Barcelona, 1894.

Claro es que casi nunca se dará el caso de exigir intervención hidroterápica especial uno sólo de los síntomas enumerados, pero no es menos cierto que en el cuadro clínico que sirve de base á la indicación de determinada forma de hidroterapia, figura alguno de ellos en primer término, sobresaliendo poderosamente del conjunto patológico por su intensidad desusada ó por su tenaz persistencia. Esto mismo sucede con ese síndrome, que un cuarto de siglo antes fué considerado como el más apropiado indicador para las intervenciones terapéuticas; nos referimos á la fiebre y, en particular, á uno de sus componentes: á la hipertermia.

Rara vez en las fiebres eruptivas se encontrará un caso en que sólo la hipertermia exija corrección hidroterápica; en general, la hipertermia va acompañada de otros fenómenos patológicos que, como ella, encuentran en este recurso terapéutico un eficaz modificador. En ambos casos, el baño de 28° C. de quince á veinte minutos de duración, enfriándolo progresivamente hasta descender á los 23 ó 22° C., es la forma á que se ha de acudir con más esperanzas de éxito.

En las gravísimas situaciones en que el proceso, después de haber comenzado con elevadas temperaturas, va acompañado de hipotermia, sin que aparezca el exantema, y en que la pequeñez y frecuencia del pulso, la ansiedad respiratoria y el enfriamiento de las extremidades delinean el cuadro del colapso, se puede esperar algún resultado provechoso de los baños generales calientes, de 36 á 38° C., de media hora de duración, á los que se pueden añadir 60 á 100 gramos de mostaza en polvo. Aunque no tengamos experiencia personal acerca de ello, parece que en estos casos también se puede acudir á la vejiga de hielo aplicada en la región precordial. Los baños generales calientes irán seguidos de la aplicación de la sábana sin secar al enfermo y se repetirán cada seis horas mientras lo consienta el aparato circulatorio y no se consiga mejorar la situación del enfermo.

En las complicaciones broncopulmonares, según hemos dicho, también está indicada la hidroterapia, y añadiremos ahora, contra las creencias y preocupaciones antiguas, la hidroterapia fría. Tenemos la firme convicción que no se hubieran salvado algunos casos graves, casi desesperados, de bronquitis capilares y bronconeumonías sarampionosas sin la oportuna intervención del baño frío. Cuando estas complicaciones no se modifican con la medicación farmacológica ordinaria y la disnea se acentúa, la tos es escasa, el pulso muy frecuente, la temperatura muy elevada y la expresión

fisiognomónica ansiosa, no conocemos mejor recurso que el baño frío para salir airosos de tan apurada situación.

El baño se prescribirá á la temperatura de 24 ó de 27° C., según que la edad del enfermo sea mayor ó menor de cinco años respectivamente; la duración no excederá de los cinco minutos, y aun será conveniente que la de los primeros sólo alcance dos ó tres minutos; al salir del agua se envuelve al enfermo directamente con una manta de lana y se le abriga con las cubiertas de la cama; aquélla se le quita á la media hora y se repite el baño cuatro veces al día cuando más, y á medida que disminuye la disnea y la fiebre, cede la frecuencia del pulso, aumenta la tos y la expectoración y se reanima el semblante, se prolongan los intervalos que separan unos baños de otros. Siguiendo este procedimiento, se suelen salvar situaciones muy apuradas que probablemente no se salvarían con otros recursos terapéuticos.

Con cuanto hemos expuesto hay suficiente para comprender el gran papel que desempeña la hidroterapia en el tratamiento de las fiebres eruptivas. Manejada con tino, oportunidad y confianza, se obtienen éxitos terapéuticos que difícilmente se conseguirían con otros recursos ó, cuando menos se coloca en mejores condiciones al organismo para que éste responda favorablemente á la acción terapéutica de otros agentes, los cuales, como se comprenderá, no están contraindicados por emplearse la hidroterapia. Al contrario, en los casos apurados y siempre que sea necesario se pueden asociar á ésta otra clase de medicaciones, las inyecciones de suero, etc., de todo lo cual no nos hemos ocupado deliberadamente, porque sólo nos hemos impuesto en este artículo la modesta tarea de señalar las ocasiones en que está indicada aquélla (el *cuándo*) y la forma con que se ha de proceder en cada caso (el *cómo*).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DR. D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. Discursos leídos en la solemne Sesión inaugural del año 1902 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, por D. Manuel Martínez Espinosa, Secretario perpetuo, y D. Emilio Sánchez García, Académico numerario. Murcia, 1902.

II. Organoterapia, por el Dr. Rodríguez Pinilla. Madrid.

III. Anuario médico-farmacéutico, por el Dr. Larra y Cerezo. Madrid, 1902.

IV. Vigésimo-segundo suplemento á la Oficina de Farmacia española, según Dorvault, por D. Joaquín Olmedilla y Puig y D. Filiberto Soria y Sánchez.

I

La presente publicación comprende, como lo reza el epígrafe, dos partes: la Memoria de Secretaría y un discurso, que, según es costumbre en estos casos, versa sobre algún punto doctrinal ó de aplicación concreta.

En el discurso pronunciado por el Secretario de la docta Corporación, después de dar cuenta de las recepciones de nuevos Académicos que se verificaron durante el curso y de los trabajos á que dieron lectura con tal motivo, hace una reseña de los demás temas que se fueron tratando por varios miembros de la Academia, todos ellos interesantes y prácticos, como basados principalmente en la observación y estudio personales de asuntos clínicos de suma importancia.

Como digna continuación de esta reseña, el Académico Sr. Sánchez García hace un estudio bastante completo, dentro de las dificultades con que tropezó para llevarle á cabo, de las aguas mineromedicinales de Mula, que, según parece, son clorurado-sódicas, bicarbonatadas-ferruginosas y termales. Más que por su composición química y por los elementos organizados que contienen, y de los que hace un estudio bastante detenido, las compara el orador por sus efectos terapéuticos bien comprobados, con las de Puente-Viesgo, pues como éstas dan buen resultado, principalmente en determinadas afecciones cardíacas.

Termina su instructivo discurso el Sr. Sánchez García, lamentan-

do los abusos que en la administración de aguas tan beneficiosas se cometen, y llamando la atención acerca de ellos para que por las autoridades se proceda á su corrección.

II

No es la primera vez que en esta sección bibliográfica tengo que ocuparme en trabajos relativos á la opoterapia. El presente, debido á la bien cortada pluma del Dr. Rodríguez Pinilla, es una exposición sucinta, y á pesar de eso bastante completa y nada apasionada por cierto, de lo que se puede confiar en el momento actual en el tratamjento opoterápico.

Se extiende, como es natural, en el estudio de aquellos jugos orgánicos, y en su caso de sus principios activos, cuya eficacia terapéutica es un hecho innegable, como sucede, v. gr., con el tiroideo, el suprarrenal y el espermático, y trata muy á la ligera de la organoterapia de la próstata, glándulas mamarias, parótida, etc., que probablemente no tardarán mucho en quedar relegadas al olvido.

Esta selección y diferente aprecio de los distintos preparados opoterápicos, es otro de los caracteres del presente opúsculo, que contribuyen también á acrecentar su valor.

III

Dada la rapidez vertiginosa con que se suceden en nuestra ciencia las novedades más ó menos útiles, se hace precisa, cuando de un Diccionario ú otra obra enciclopédica se trata, la publicación de suplementos anuales, que como el que motiva estas líneas, vengan á completar la obra principal, poniéndola al nivel del movimiento científico.

Sobrado conocido y con ventaja es el *Diccionario* del Dr. Larra y Cerezo, y tampoco desmerece en tal concepto este sexto suplemento que publica al mismo. En él, como en la obra principal, se atiende á todos los ramos de las ciencias médicas y, por lo tanto, encontrará el que desee hallar novedades, y sobre todo novedades útiles, todo lo que en este concepto puede apetecer.

IV

En este vigésimo suplemento de la segunda serie de la *Oficina de Farmacia Española* del Dr. Dorvault, que ya hace tiempo ha pasado á la categoría de clásico, los Dres. Olmedilla y Soria no han omitido nada de lo que puede interesar al médico y al farmacéutico.

Comprende este suplemento los siguientes puntos: Recetario médicofarmacéutico, farmacia y medicina legal, subdividido en dos partes, legislación farmacéuticomédica, y ensayo y estudio de medicamentos y alimentos, química farmacéutica, farmacología y, por fin, miscelánea.

Como puntos más interesantes por su novedad ó por su importancia, creemos oportuno llamar la atención sobre los artículos relativos á la descripción de dos nuevos ureómetros, artículos que, como algún otro, van acompañados de grabados; el que trata de un procedimiento para determinar con facilidad las diferencias entre la sangre humana y la de los animales, valiéndose del agua oxigenada; el referente á la preparación y ensayo de los extractos flúidos que hoy tanto se utilizan, y por último, algunas consideraciones nuevas relativas al análisis de las aguas potables y mineromedicinales, y entre ellas una modificación al procedimiento hidrométrico.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Hematuria traumática.—En *La Medicina Valenciana* publica D. Francisco Chavarría, el caso relativo á un niño de doce años, linfático, nervioso, de mediana constitución, que montado en un borriquillo, y fustigado por él, salió á galope tendido, lo cual hizo que el muchacho perdiera el equilibrio y viniera á dar en tierra, sufriendo una fuerte contusión abdominal en la región hipogástrica. Quedó el pequeño tendido en tierra (abolido el conocimiento á consecuencia de tan fuerte golpe), de donde fué recogido y trasladado á su domicilio, encontrando el Dr. Girona al enfermito con síntomas de choque (palidez de la cara, pulso pequeño y débil y sudores fríos); á los pocos minutos, y luego de aplicados los remedios que la ciencia aconseja en estos casos, recobró el conocimiento, quejándose de fuertes dolores en la región hipogástrica. y sintiendo deseos de orinar, excretó una regular cantidad de orina sanguinolenta en demasía, que quedó prontamente coagulada al caer en el recipiente en que fué recogida; durante el transcurso de aquel día orinó tres veces, siendo cada una de ellas más clara la orina, así como fueron disminuyendo los dolores, encontrándose el niño al siguiente día completamente bien, si exceptuamos un ligerísimo dolor abdominal que desapareció por completo á las cuarenta y ocho horas, sin haber presentado hasta la fecha alteración alguna en su completa y perfecta salud.

«En este caso, dice el Dr. Girona, hay que distinguir la hematuria de la

hemoglobinuria, relacionando el sitio contundido, como causa productora de la hematuria, con el origen de extravasación sanguínea, causa de este síntoma, alarmante en ocasiones y objeto de nuestro estudio.

Sabido es que la hematuria es la emisión de un líquido urinario que contiene los elementos figurados de la sangre, así como también que se llama orina hemoglobinúrica á la que contiene la materia colorante de la sangre, con ausencia de glóbulos rojos. Ahora bien, la hematuria está caracterizada también por otra condición, cual es la mezcla de sangre y orina, cuya mezcla, según la mayor parte de los autores están conformes en admitir, puede verificarse en la vejiga ó en el riñón, de donde viene la división de la hematuria en vesical, que comprende los casos en que la hemorragia se verifica en la cavidad de la vejiga y uretra posterior, y en renal, que comprende los casos en que la hemorragia se produce en el interior del riñón en sus partes glandular, cálices ó pelvis: de todo lo cual se deduce que en el caso presente la hematuria ha sido vesical, corroborando este aserto el sitio de la contusión y el que ésta es las más de las veces un epifenómeno de una lesión quirúrgica por su etiología, mientras que la renal suele ser siempre médica.

Descartamos de entre las causas productoras de este síntoma las que pueden obrar sobre la sangre (leucocitemia y hemofilia) ó sobre los vasos, produciendo éxtasis (lesiones cardíacas, compresión por tumores vecinos, etc.), y las producidas por estados caquécticos; dejamos también aparte el trastorno vascular causado por acción vasomotriz relacionado con alguna enfermedad del sistema nervioso, así como otras muchas causas que sería prolijo enumerar, y circunscribiéndonos á las causadas por traumatismos violentos que pueden ó no producir roturas vasculares, ya que un traumatismo, y no otra cosa, ha sido el agente causal de la hematuria en nuestro enfermito.

En todas las contusiones del abdomen, por poco que el agente traumático haya obrado con cierta intensidad, se advierten los fenómenos de choque observados en el presente caso, y esto se nota desde luego tanto en las contusiones superficiales que afectan únicamente la pared abdominal, como en las contusiones profundas con lesiones viscerales. El grado de contusión por sí misma no tiene ningún valor, ya que un traumatismo violento puede limitar su acción á la pared abdominal, mientras que una contusión poco intensa puede interesar las vísceras, y tanto es esto verdad, que Michaux establece la siguiente ley: «Las lesiones de las vísceras en la contusión abdominal no siempre son proporcionales, como á primera vista pudiera creerse, á las causas que las han ocasionado.

Algunos autores sostienen que en las contusiones superficiales el estado de choque no es de larga duración, pero lo cierto es que ese estado puede desaparecer con bastante rapidez, aun existiendo lesiones viscerales graves, conforme lo demuestran algunas observaciones.

Por lo que respecta al presente caso, y atendiendo á los antecedentes y síntomas observados, cabe hacer de lleno el diagnóstico de contusión simple de la vejiga, ya que la micción ha sido fácil desde el comienzo, y que mientras han persistido los fenómenos debidos al traumatismo la orina se ha evacuado en cantidad normal, aunque sanguinolenta, y que transcurridos un par de días ha cesado la hematuria, restableciéndose el pequeño paciente con notable rapidez.

Hay, sin embargo, quien afirma que puede presentarse también la oliguria por reflejo vesicorrenal, y como tanto ésta como la hematuria son también síntomas de la contusión del riñón, sólo nos queda para fundamentar nuestro diagnóstico el dato relativo al punto sobre que actuó el agente traumático, en este caso claro y bien determinado, puesto que se verificó principalmente sobre el hipogastrio.

En este caso es indudable que no ha habido rotura de la vejiga, puesto que han faltado los síntomas que á ésta caracterizan, frecuentes deseos de orinar, aunque sin lograr se efectúe la micción ó expulsándose á veces algunas gotas de orina mezclada con sangre, tenesmo rectal y algunas veces presentación en la región hipogástrica de un abultamiento que simula la vejiga; antes bien ha sucedido todo lo contrario, pues la micción se verificó sin notable esfuerzo y la cantidad de orina expulsada fué normal.

Y cabe ahora pensar qué causa fué la productora, ya que descartamos la rotura vesical, de la hematuria en este enfermito, cosa fácil de relacionar á poco que nos fijemos en el mecanismo de las que *a frigore* se producen; indudablemente, como acontece en todas las contusiones, el éxtasis sanguíneo inmediato y consecutivo á éstas, que en este caso es de importancia, ha sido la causa de la extravasación sanguínea por parálisis de los vasoconstrictores y dilatación fácil de los vasos, y corrobora nuestra manera de pensar el rápido restablecimiento del enfermito, que á las veinticuatro horas de sucedido el accidente emitió orinas claras, cosa que demuestra la integridad funcional del aparato urinario y la pronta contractilidad de los vasos, que en esta edad están en el apogeo de su vida fisiológica».

Cáncer ulcerado en el estómago.—En la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. D. R. Luis Yagüe el caso clínico referente á V. J., de cincuenta años, casada, natural de Quintanar de la Orden, dedicada á sus labores, y de buen género de vida. Temperante casi en absoluto, pues no bebe sino rara vez vino, y entonces en pequeñas cantidades; lo es más en absoluto para el aguardiente, que cuando más, prueba cada quince días.

Murieron su padre de calenturas á los sesenta y tres años, y su madre de «un zaratán» á los treinta y ocho. También de sus ocho hermanos han muerto cinco de niños y dos de mayores, tísicos.

Mujer por menstruación á los trece años, lo ha sido siempre con perfecta regularidad hasta los cuarenta y cinco años, habiendo tenido en el transcurso de ese tiempo un aborto y siete hijos, que nacieron felizmente, menos el último, que hubo de ser extraído con forceps, y no muy hábilmente, pues por consecuencia de su aplicación, se ocasionaron una fístula y una rasgadura uterina, de las que ha sido operada con éxito en el Instituto de Terapéutica Operatoria. Viven cuatro hijos y murieron en la infancia tres.

Fuera de éstos, no ofrece más antecedente que el de alguna manifestación cutánea que llama «herpéticas», á los veintitrés años, y de las que curó con baños de mar, «aunque poniéndosela en la vejiga de la orina» en forma de cistitis, y donde ha tenido que padecerla durante catorce años.

Su régimen alimenticio ha sido mixto y no ha cuidado á ningún canceroso, por lo que no hay datos de lo que Boas llama herencia familiar.

Hace cinco meses empezó á tener tristeza y ardor de manos por las tardes,

é inapetencia general y no electiva, pues gustaba de las carnes. En progresión estas molestias, hace mes y medio comenzó á vomitar, siendo el vómito de aspecto como café con leche y de muy mal olor; no ha vomitado sangre, ni materias de color negro, ni la carne que comía, sino siempre líquido, como madejas, de sabor ácido ó amargo, con leche cuajada, notando que en cuanto tomaba leche se le agriaba en seguida. Nunca ha tenido ardores ni molestias de estómago, apreciando que alguna vez su color, algo cetrino, se ponía amarillo, aunque sin ictericia; tinte que desaparecía con un purgante. Jamás ha tenido dolor de estómago, *jamás;* alguna vez sólo como sensación de aire, cuando hacía tiempo que no había tomado alimento. De vientre generalizado, defecaba generalmente una ó dos veces al día, hasta hace un mes, que turbó tal regularidad la aparición de diarrea, efectuando desde entonces cinco á seis deposiciones diarias, líquidas y fétidas.

En su examen lo primero que impresiona es el tinte amarillo pálido de su piel y mucosas, faltas de tersura y como deslustradas, y la desnutrición notable, aunque sin llegar ni con mucho á la emaciación, pues aún conservan grasa abundante los ya laxos panículos.

En el vientre se comprueba la movilidad respiratoria del hígado y la existencia de un tumor duro, de forma redondeada, juzgando por el segmento curvo que se toca, de superficie abollanada, de tamaño menor que el de una naranja mandarina, algo móvil por el tacto y movible por la respiración, que lo desciende en cada espiración, y situado en el lado izquierdo del epigástrio, hacia el reborde del décimo cartílago costal de este lado, detrás del cual, empujando, logra escondérsele, pero sin que se pueda meter la mano entre él y las costillas, tras de las que se continúa como perdiéndose; no existen infartos subclaviculares, son dudosos los axilares izquierdos y se comprueban bien los inguinales hondos y pequeños.

«No hacía falta más, dice el Dr. Yagüe, ni casi tanto, para diagnosticar en clínica general un cáncer de la corvadura mayor del estómago; pero en clínica gastropática se imponía la averiguación circunstanciada por los medios de exploración diagnóstica especial, y ante todo y sobre todo, por el análisis del contenido gástrico. Dimos para ello una comida de prueba compuesta de dos cucharadas de harina de avena en un medio cuartillo largo de agua con una pizca de sal, y al intentar extraerlo á la hora justa, logramos sólo, con gran trabajo, cargar la sonda y que salieran unos 20 gramos de líquido pardo y como sanioso, teñido de sangre en su última parte y con un olor tan penetrante, tan grande y tan fétido, que el cáncer más ulcerado de la matriz no lo daría más característico ni repugnante; el aire de la habitación, aun siendo grande se hizo nauseabundo, y entonces, heridos por la vivacidad del dato, abrimos su boca y pudimos comprobar que su aliento tenía el aroma de su sanies».

,Nada le pasó después de la extracción; el análisis químico permitió corroborar lo inducido, temió la insuflación y la gastroscopia, y marchó á su casa mejorada por el tratamiento médico. Es fácil dice el Dr. Yagüe, diagnosticar un cáncer ulcerado del estómago cuando la fortuna acompaña á las investigaciones. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Octubre de 1902 (1).

Rotura espontánea del útero. — El Dr. *Richelot* leyó un informe sobre un trabajo del Dr. Lafourcade (de Bayona).

Se trataba de una mujer de cuarenta y dos años que había tenido cuatro embarazos terminados por parto normal, aunque de duración excesiva. El quinto parto era también muy lento; rotura precoz de la bolsa de las aguas. Las contracciones uterinas cesaron á consecuencia de una sensación de desgarradura en el vientre acompañada de dolor atroz.

Se notó una masa dura en cada vacío y una mano fetal debajo de la piel en la región infraumbilical. No se oían los ruídos del corazón del feto. El Dr. Lasserre diagnosticó rotura uterina.

El Dr. Lafourcade practicó la laparotomía: salió gran cantidad de sangre negruzca; se cogió la mano fetal que se presentaba y se extrajo el feto de entre las asas intestinales extrayéndose después la placenta. La matriz fué aplicada sobre el pubis comprimiéndola por el istmo para contener la hemorragia. Limpieza de la cavidad abdominal.

La rotura uterina presentaba una parte vertical de 2 á 3 centímetros y otra transversal de 5 á 6. Se hizo una inyección de suero. El Dr. Lafourcade practicó la histerectomía por el procedimiento de Richelot. Las consecuencias operatorias fueron benignas.

Estadística de la difteria en el Hospital Bretonneau. — El Dr. *Josias* citó la estadística de su Clínica de enfermos diftéricos del Hospital Bretonneau correspondiente al año 1901.

De 709 diftéricos diagnosticados clínicamente, sólo en 580 se trataba de difterias con bacilos de Klebs-Lœffler. En los otros 129 se trataba de anginas (principalmente de estreptococos), espasmos de la glotis, laringitis, abscesos retrofaríngeos, bronconeumonías; á todos estos enfermos se les hicieron inyecciones subcutáneas de suero de Roux sin inconveniente alguno.

Ingresaron además: 414 dudosos, en los que se descubrió 107 veces en las fauces el bacilo diftérico; 7 diftéricos procedentes de salas de cirugía y 5 de las de medicina. Tres externos y 2 enfermeras padecieron difteria clínica confirmada por la bacteriología.

El número de defunciones fué de 58, de ellas, 29 debidas á la bronconeumonía. Como esta afección es contagiosa por esencia, conviene aislar dichos enfermos.

(1) Primera del curso académico actual.

La mortalidad diftérica ha disminuído en grandes proporciones gracias á la sueroterapia antidiftérica; pero los resultados obtenidos pueden mejorar.

Para esto es necesario que las inyecciones se hagan lo más pronto posible después de empezar la enfermedad. En el hospital la inyección se practica en cuanto ingresa el enfermo, pero en la práctica privada tarda bastante en hacerse porque las fauces no son examinadas de un modo sistemático, y se duda de la inocuidad y hasta de la eficacia del suero antidiftérico. Nunca se repetirá bastante que es necesario hacer la inyección antes de enviar las falsas membranas al laboratorio y que retrasarla veinticuatro horas es poner en peligro la vida del niño.

Saneamiento de Córcega.— El Dr. *Laveran* dijo que según le han manifestado, durante su viaje, los jefes de estación, los casos de fiebre han disminuído entre el personal por la distribución preventiva del sulfato de quinina. Ha observado que los anopheles son tanto más numerosos, cuanto más insalubres son las comarcas.

Conviene proteger á los empleados en sus habitaciones por medio de telas metálicas. La eficacia de esta medida ha sido demostrada en una localidad en que los torreros que tenían su habitación perfectamente protegida por telas metálicas, quedaron á salvo, mientras que otros individuos mal protegidos, contrajeron el paludismo.

En la jurisdicción de Casablanca existía un presidio que fué preciso abandonar á causa de los estragos que hacía el paludismo. En la actualidad el edificio se encuentra en condiciones excelentes de salubridad. Se han desecado los pantanos que le rodeaban, adoptándose, además, la profilaxis individual. Este ejemplo da idea de lo que puede conseguirse contra el paludismo.

En resumen, para sanear Córcega—y son las medidas votadas por la Academia — se ha necesitado :

Hacer desaparecer todos los estanques y depósitos de agua encharcada, ó destruír en ellos las larvas de anopheles por medio del petróleo ;

Proteger las habitaciones con telas metálicas colocadas en las puertas y ventanas ;

Emplear la quinina como profiláctico y tratar de buena manera los enfermos de paludismo, para que los pacientes no puedan inyectarse y transmitir la enfermedad ;

El sulfato de quinina se ha distribuído en abundancia y gratuítamente.

Estupor lipemaníaco antiguo curado. — El Dr. *Moty* leyó la observación de un soldado joven que se hallaba desde hacía un año en un estado de estupor lipemaníaco y que curó con dos punciones raquidianas practicadas con cuatro días de intervalo. Cree que esta medicación inofensiva puede ensayarse con probabilidades de éxito en los trastornos psíquicos puros que se revelan sin lesiones orgánicas ó estigmas histéricos caracterizados.

(*Le Bulletin Médical*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 8 *de Octubre de* 1902.

Diagnóstico del embarazo extrauterino y de la apendicitis.—El Dr. Leguen: La dificultad de este diagnóstico, manifestada por el Dr. Picque en la sesión precedente, se ha presentado dos veces á mi observación. En el primer caso se trataba de una mujer de cuarenta y ocho años que tuvo súbitamente un dolor violento y localizado en la fosa ilíaca derecha, con timpanismo y elevación de la temperatura. No existiendo ningún fenómeno uterino anormal, pensé en un ataque de apendicitis é hice la incisión clásica; el apéndice no estaba enfermo y por la incisión pude reconocer una rotura de la trompa izquierda y efectuar la ablación de esta última. En otra ocasión, después, me sucedió lo mismo en una mujer de veinte años que había tenido los mismos síntomas acompañados de vómitos; en esta enferma fué la trompa izquierda la que se rompió y la extirpé por la laparotomía media. En estos dos casos no hubo ni irregularidad de la menstruación, ni hemorragia uterina, ni colapso orgánico, como se observa con frecuencia, y además la temperatura se había elevado. Debo añadir en contra de la apendicitis, que no había habido contractura muscular.

Hernia obturatriz intestinal estrangulada. — El Dr. Denucé: El sujeto de esta observación presentaba los signos ordinarios de obstrucción intestinal llegada casi al período de algidez. No pudiendo ser la causa del padecimiento ningún anillo herniario, hice la laparotomía y encontré un asa del íleon retorcida y estrangulada en la región obturatriz; entonces incindí en el triángulo de Scarpa, y una vez disociado el obturador, llegué sobre el saco que contenía un asa intestinal fuertemente apretada.

Un caso de prostatectomía.—El Dr. Guinard: Este hecho, que nos ha sido comunicado por el Dr. R. Proust, se refiere á un viejo de setenta años que tuvo por primera vez retención completa de orina; habiendo fracasado dos tentativas de cateterismo, se le envió al Hospital. Después de haber reconocido el volumen enorme de la próstata, el Dr. Proust pudo pasar y colocar una sonda permanente; algunos días después, y en presencia de una próstata que no había disminuído de volumen, y en vista de que la vejiga y el estado general se prestaban á ello, el Dr. Proust practicó la prostatectomía que ha ido seguida de una curación rápida.

El Dr. Routier: Sería interesante saber cómo se hacían las micciones después de la operación, teniendo en cuenta que antes de ella eran poco frecuentes.

El Dr. Bazy: Los síntomas indicados me parece que no autorizaban á practicar la operación. Recuerdo uno de mis enfermos que se encontraba en las mismas condiciones, y después de algunos días de cateterismo, los accidentes no se han reproducido y durante tres años nada ha sobrevenido de particular. — (*Bull. Méd.*). — Codina Castellví.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

(Continuación)

Indicaciones médicas para la interrupción del embarazo (*conclusión*). — El Dr. G. Rein (de San Petersburgo): La interrupción artificial del embarazo comprende, como sabemos, el aborto provocado (antes de la 28ª semana de la gestación), el parto prematuro artificial (entre la 28ª y la 40ª semana) y el parto provocado al fin del embarazo ó después de su término natural.

Me ocuparé sólo de la segunda categoría de hechos que se refieren á la interrupción del embarazo entre la sema 28ª y la 40ª.

Mis conclusiones se fundan en las observaciones que he hecho en la Clínica de partos y de ginecología de la Universidad imperial de San Vladimiro de Kiew.

He recurrido á la provocación del parto 30 veces, empleando casi siempre para ello la introducción de una ó dos candelillas en el útero (método de Krause). Ultimamente en los casos urgentes he dilatado el segmento inferior con el dilatador de Barnes, terminando el parto cuando ha sido necesario por la aplicación del forceps ó por la versión podálica seguida de la extracción manual.

Los resultados no son brillantes á primera vista para el niño.

La mortalidad infantil ha sido de 36 por 100. La mortalidad para la madre es de 2'4 por 100 y la morbicidad puerperal de 12'8 por 100.

Termino por las conclusiones siguientes:

1.ª El parto provocado es una de las operaciones más legítimas y útiles en obstetricia;

2.ª Produce resultados favorables para la madre y para el hijo. La mortalidad y la morbicidad en relación directa con esta operación son casi nulas;

3.ª Las indicaciones de índole médica más frecuentes del parto provocado se deducen de los padecimientos renales y cardíacos;

4.ª En general, las indicaciones médicas deben aplicarse en mayor escala que hasta ahora;

5.ª En la eclampsia grave, durante el embarazo, sobre todo en las primíparas, se está autorizado para sustituir el parto provocado á la operación cesárea practicada con indicaciones relativas.

El Dr. Schauta (de Viena): Las conclusiones de mi informe son las siguientes:

1.ª *Polineuritis.*—En las formas graves de polineuritis en las mujeres embarazadas, el parto provocado ó el aborto, están justificados en interés de la madre.

2.ª *Corea.*—Si la corea es ocasionada por el embarazo, el parto, sobre todo casi de término, ejerce una influencia tan peligrosa, que sólo en último término, cuando la nutrición se hace imposible ó los fenómenos de agitación maníaca son manifiestos, se recurrirá al parto provocado á causa del peligro que puede correr la vida de la madre.

3.ª *Tetania.* — Sólo en los casos gravísimos, de los que hasta ahora no se

ha publicado observación alguna, deberá interrumpirse el embarazo en interés de la madre.

4.ª *Tumores cerebrales.* — Si á causa de un tumor cerebral, la vida de la madre está decididamente comprometida, cuando hay pérdida del conocimiento, deberá provocarse el alumbramiento en interés del feto. Si el pronóstico es dudoso, no se provocará el parto por no agravar el estado de la madre.

5.ª *Hemiplegia.*—Desde que principia la agonía se provocará el alumbramiento en interés de la madre.

6.ª *Psicosis.*—La miseria orgánica extremada y el peligro de suicidio, son los únicos que justifican la interrupción del embarazo.

7.ª *Enfermedad de la médula espinal.* — No suministra indicación alguna para la interrupción del embarazo.

8.ª *Epilepsia.* — Unicamente los casos gravísimos pueden sugerir la provocación del alumbramiento.

9.ª *Histerismo.*—En el histerismo no se obtiene ventaja alguna con la interrupción del embarazo sino más bien agravación. Los trastornos psíquicos en el histerismo se tratarán como los demás trastornos de igual género.

10. *Enfermedades de los ojos.* — A excepción de la retinitis albuminúrica que está en relación patógena con la nefritis y de la amaurosis urémica, las enfermedades de los ojos rara vez suministran indicaciones para interrumpir el embarazo. Lo mismo ocurre con los padecimientos del oído.

11. *Enfermedades de la piel.*—Entre las enfermedades de la piel, capaces de causar durante el embarazo trastornos serios y persistentes y para las que puede esperarse la curación ó la mejoría después del parto, citaremos la pitiriasis versicolor, el prurigo, el eczema y el pénfigo, y sobre todo, las formas herpéticas que Milton llama *herpes gestationis*, á causa de su frecuencia durante el embarazo.

12. *Neumonía y pleuresía.* — La interrupción artificial del embarazo está contraindicada.

13. *Tuberculosis pulmonar.* — En las mujeres que padecen tuberculosis pulmonar no hay ventaja alguna que esperar para la madre del alumbramiento provocado ; en cambio, puede ser útil provocar el aborto al principio del embarazo, sobre todo, en los casos de tuberculosis de la laringe.

14. En los casos menos graves, si la tuberculosis hace progresos rápidos, la interrupción del embarazo está indicada, aun durante los últimos meses, en interés de la madre y del feto.

15. En la neumonía y la pleuresía no debe interrumpirse el embarazo en interés del feto, porque conviene atender más al de la madre.

16. En la tuberculosis es raro obtener por el parto provocado una criatura viable.

17. En los casos desesperados de tuberculosis, el parto provocado está indicado en interés del feto, en cuanto es viable.

18. Si el peligro de muerte es inminente, nada puede esperarse del parto provocado para la vida del feto.

19. *Tuberculosis miliar.*—Se provocará el parto en cuanto el feto sea viable.

20. *Neumotórax.*—La interrupción del embarazo esta contraindicada.

21. *Bronquitis, enfisema pulmonar y asma.* — Estas enfermedades no dan indicación alguna para la interrupción del embarazo.

22. *Enfermedades orgánicas del corazón.* — De las lesiones valvulares del corazón sólo una séptima parte se diagnostican durante el embarazo.

23. La interrupción espontánea del embarazo, en las mujeres con lesiones cardíacas, se emplea en el 20'2 por 100.

24. Gracias á un tratamiento apropiado, la mayor parte de las mujeres que padecen lesiones valvulares, sobrellevan las fatigas del parto sin consecuencias graves (95 por 100).

25. Si la lesión valvular se complica con tuberculosis ó nefritis crónica, el pronóstico es gravísimo.

26. *Estrechez del orificio mitral.*—Esta lesión es, al parecer, más peligrosa que todas las demás.

27. La influencia funesta del embarazo sobre la marcha de la lesión cardíaca sólo se observa en casos rarísimos.

28. El parto es mucho más peligroso que el embarazo.

29. *Lesiones cardíacas durante el periodo de compensación.* — Cuando hay compensación regular, la interrupción del embarazo sólo está indicada si la vida de la enferma, durante otro embarazo anterior, ha corrido un peligro grave á causa de la lesión orgánica.

30. En la estrechez del orificio mitral, los signos más insignificantes de rotura de la compensación bastan para justificar la interrupción del embarazo.

31. *Lesiones valvulares no compensadas.* — Se interrumpirá el embarazo cuando sea necesario esperar mucho antes de obtener alguna mejoría por el tratamiento médico. En otros casos, se recurrirá primero á la terapéutica interna para poder después interrumpir el embarazo en cuanto se obtenga la mejoría.

32. Las complicaciones de tuberculosis ó nefritis inducen á intervenir con más energía.

33. *Ptialismo.* — Si durante la segunda mitad de la gestación persiste el ptialismo á pesar de tratar las alteraciones eventuales del aparato genital, ó aunque no existan, siempre que la enferma esté muy débil, se interrumpirá el embarazo en interés de la madre.

34. *Hematemesis.* — En caso de hematemesis muy peligrosa puede interrumpirse el embarazo en interés de la madre.

35. *Apendicitis.* — En la apendicitis, la intervención quirúrgica se impone, independientemente del embarazo, en cuanto se nota la existencia del pus.

36. El tratamiento quirúrgico está indicado también en la apendicitis catarral.

37. El parto provocado puede aconsejarse únicamente en el caso de inflamación catarral; debe rechazarse en el de supuración.

38. *Ictericia.*—En la ictericia grave que va acompañada de síntomas alarmantes: fiebre elevadísima, púrpura, hígado disminuído de volumen, y sobre todo, cuando se presentan fenómenos nerviosos, debe interrumpirse sin perder tiempo el embarazo.

39. *Tumores del hígado.* — Los tumores del hígado pueden producir una

caquexia pronunciada; de modo que es necesario interrumpir el embarazo en interés de la madre.

40. *Cólico hepático.* —En vez de interrumpir el embarazo, es preciso en muchos casos graves practicar la colecistotomía.

41. *Peritonitis.*—En la peritonitis, á causa de la proximidad del peritoneo infectado y de las heridas extensas que produce el parto, no debe recurrirse al parto provocado, aunque la fiebre sea alta.

42. *Hiperemesis.*—No hay teoría que pueda aplicarse á todos los casos de vómitos del embarazo. Muchos casos tienen, sin duda, relaciones con el histerismo, pero para otros debe recurrirse á la teoría de la intoxicación (por la vía intestinal ó placentaria). La anemia del cerebro puede desempeñar tambien un gran papel en la provocación de los vómitos.

43. El pronóstico de los vómitos graves no es tan funesto como se cree en general.

44. El parto artificial está indicado tan sólo en los casos en que fracasan los remedios administrados al interior. Entre ellos figuran el aislamiento en establecimientos especiales, el reposo absoluto y la alimentación líquida en pequeña cantidad y en el decúbito horizontal.

45. *Albuminuria y nefritis.*—Si á pesar del régimen lácteo no hay mejoría, es necesario recurrir á la interrupción del embarazo.

46. Si la albuminuria aparece ya en la primera mitad del embarazo, ó si la nefritis se desarrolla antes del octavo mes, es preciso intervenir en interés de la madre.

47. En la nefritis crónica debe interrumpirse el embarazo en cuanto el feto es viable, ó cuando hay trastornos generales graves,

48. Las mujeres primíparas, las que tienen el embarazo doble, ó el corazón poco resistente, con tendencia á las afecciones nerviosas, ó que padecen enfermedades pulmonares, y sobre todo lesiones cardíacas valvulares, exigen un tratamiento muy enérgico, igual que las que están afectadas de nefritis crónica.

49. *Eclampsia.*—No debe concederse una gran importancia á la existencia de una nefritis, ó de la eclampsia en otro embarazo anterior.

50. En la eclampsia benigna es preciso ensayar ante todo el tratamiento terapéutico con la morfina y el régimen lácteo; en el caso de ineficacia y si los ataques se repiten ó el coma sobreviene, es necesario siempre interrumpir el embarazo.

51. *Amaurosis y retinitis.* — La amaurosis exige un tratamiento médico enérgico; la retinitis exige la interrupción inmediata del embarazo.

52. Sólo en el caso de gran rigidez del orificio se sustituirá la colporeusia por los otros métodos (operación cesárea, incisión según Dührsen).

53. El parto forzado en la mujer moribunda es más ventajoso para la vida del feto que la operación cesárea *post-mortem.*

54. *Hematuria y hemoglobinuria.* — Si estos dos síntomas proceden de la nefritis, exigen el mismo tratamiento que ésta; si no, ceden al reposo en el lecho y al régimen lácteo. En caso de ineficacia y de hemorragia abundante se recurrirá á la interrupción del embarazo.

55. *Pielonefrosis.*—Exige también remedios internos; si fracasan es necesario en el octavo mes provocar el parto.

56. *Leucemia esplénica.*— El aumento de trabajo impuesto durante el embarazo á los órganos regeneradores de la sangre, favorece la tendencia á la leucemia esplénica.

57. El parto acelera la muerte.

58. *Anemia perniciosa.*—En la anemia perniciosa el parto no puede producir mejoría alguna en la enfermedad; hasta es capaz de acelerar la muerte.

59. *Hemofilia.*— La hemofilia produce hemorragias abundantísimas después del parto; pero hasta ahora no se ha observado que sean de peligro inminente.

60. *Púrpura y enfermedad de Werlhof.*—Su pronóstico durante el embarazo es grave. Estas dos afecciones son capaces de producir el parto precoz ó la muerte del feto; pueden ocasionar hemorragias abundantes que no cesan hasta después del alumbramiento.

61. *Caquexia.*—En las mujeres caquécticas el estado de cloroanemia aumenta sobremanera á medida que adelanta el embarazo.

62. En los casos de gravedad media, de leucemia esplénica, hay que esperar á que el feto sea viable.

63. En los casos gravísimos puede provocarse el aborto.

64. En la anemia perniciosa el parto precoz está indicado en interés del feto.

65. La hemofilia no da indicación alguna para la interrupción del embarazo.

66. En los casos de hemorragia abundante y de anemia grave causadas por la púrpura ó el *morbus maculosus*, debe interrumpirse el embarazo.

67. Los casos graves de caquexia exigen el aborto provocado, los menos graves el parto provocado.

68. *Enfermedad de Basedow.*— Se presenta algunas veces en el curso del embarazo.

69. Los trastornos aumentan durante el embarazo á causa de los obstáculos circulatorios y respiratorios.

70. Los trastornos circulatorios dependientes de la enfermedad de Basedow pueden ocasionar hemorragias abundantes del útero y el desprendimiento de la placenta seguido de la muerte del feto.

71. Los trastornos graves del estado general y las metrorragias provocadas por la enfermedad de Basedow, pueden exigir la interrupción del embarazo.

72. *Diabetes.*—El pronóstico de la diabetes en las mujeres embarazadas es grave (mueren la cuarta parte de las enfermas).

73. El feto muere también en la mayor parte de los casos.

74. El parto ocasiona complicaciones graves.

75. En la diabetes de las mujeres embarazadas es necesario interrumpir el embarazo desde los primeros meses, y también en la segunda mitad si la cantidad de azúcar en la orina es muy elevada; en otras palabras, debe esperarse á que el feto sea viable.

76. *Osteomalacia del embarazo.*—En las formas progresivas, y sobre todo en las recidivantes, si la pelvis no permite el paso de un feto viable, la interrupción del embarazo está indicada como tratamiento de la osteomalacia. A no haber deseos de tener hijos, en la osteomalacia recidivante debe de-

jarse estéril á la enferma después del puerperio por la resección de las trompas.

77. Si se trata de osteomalacia ovárica agravada por el embarazo, en igualdad de condiciones, el parto provocado será seguido después del puerperio de la castración.

78. En los casos de estrechez pelviana acentuada ó absoluta, si la enferma no se encuentra en estado grave, se esperará el término normal; pero en los casos gravísimos se provocará el parto seguido de la operación cesárea; si se trata de osteomalacia del embarazo, después del parto se dejará estéril á la mujer, y si la osteomalacia es ovárica, será seguida de castración.

79. La operación cesárea acompañada de resección de las trompas ó de la castración puede, en ciertos casos, ser sustituída por la operación de Porro ó la histerectomía abdominal total.

80. Si desde el principio del embarazo se presentan trastornos graves provocados por la osteomalacia grave recidivante, quizá sea necesario desde los primeros momentos extirpar el útero á través de la vagina ó practicar la histerectomía abdominal si la operación por la vía de la vagina es imposible.

81. *Fiebre tifoidea.* — La interrupción del embarazo podrá tener alguna ventaja únicamente en los primeros días de la enfermedad, después está contraindicada.

82. *Tifus exantemático.*—No da indicación alguna para interrumpir el embarazo.

83. *Sarampión.*—La interrupción del embarazo está contraindicada.

84. *Viruela.* — En las formas benignas la interrupción es inútil; en las graves no tiene ventaja alguna para salvar la vida de la madre; va siempre acompañada del peligro de la infección séptica; sólo en los casos desesperados debe recurrirse á la interrupción para salvar la vida del feto.

85. *Erisipela.*—No da indicación alguna para el parto provocado.

86 *Disentería.*—Las mismas indicaciones que para la fiebre tifoidea.

87. *Difteria.*— La interrupción del embarazo está contraindicada á causa del peligro de la infección que podría sobrevenir en el puerperio.

88. *Cólera.*—Hay contraindicación para el parto provocado.

89. *Paludismo.* — La interrupción del embarazo no es necesaria, pero en los casos de caquexia profunda puede estar indicada para salvar la vida de la madre.

90. *Rabia, muermo y carbunclo.* — Estas enfermedades no dan indicación alguna para interrumpir el embarazo.

91. *Influenza.* — La interrupción del embarazo está indicada únicamente si se presentan complicaciones.

92. *Tétanos.*—Está contraindicada la provocación del parto.

93. *Tifus recurrente, parotiditis epidémica y coqueluche.*—Sólo en los casos complicados puede estar indicado provocar el parto.

94. *Escarlatina.*—Está contraindicada la interrupción del embarazo.

95. En todas las enfermedades infecciosas las hemorragias dependientes de ellas pueden exigir el taponamiento que á su vez es capaz de producir de un modo indirecto la interrupción del embarazo.

96. Se deduce de lo expuesto que la mayor parte de las enfermedades infecciosas no dan indicación alguna para la interrupción del embarazo; en

muchos casos hasta se halla contraindicada por el peligro de agravar á causa de una infección séptica el estado de la madre durante el puerperio; para algunas enfermedades infecciosas no es la enfermedad en sí sino más bien sus complicaciones las que sugieren la interrupción del embarazo.

97. *Reumatismos.* — Está contraindicada la interrupción del embarazo, porque el reumatismo es más peligroso en el puerperio que durante la gestación.

98. *Envenenamientos.*—En los envenenamientos por la morfina, el mercurio y el plomo, la interrupción del embarazo no está indicada, tanto más, cuanto que el aborto ó el parto prematuro sobrevienen con frecuencia á causa de la intoxicación y sin ningún tratamiento médico. Unicamente en el envenenamiento por el fósforo las metrorragias abundantes pueden exigir el taponamiento que provoca así de un modo indirecto el parto prematuro.

99. *Mioma, quistes, cáncer del útero.* — En el embarazo complicado de estos tumores la provocación del aborto es inútil.

100. *Cáncer susceptible de tratamiento quirúrgico.*—En estos casos se recurrirá á la extirpación total del útero sin prestar atención al embarazo.

101. *Cáncer que no puede ser operado.* — En este caso se practicará la operación cesárea, de preferencia según el método de Porro, en cuanto el feto sea viable.

102. En los casos de tumores malignos de la pelvis que no interesan los órganos genitales y que son susceptibles de tratamiento quirúrgico, la operación radical será precedida de la interrupción del embarazo siempre que éste sea un obstáculo para la operación ó que el parto pueda comprometer la marcha de la curación.

103. *Bocio.*—Hay indicación para la tiroidectomía y contraindicación para el parto provocado.

104. *Hipertrofia mamaria.* — La interrupción del embarazo rara vez está justificada.

El Dr. Simpson (de Edimburgo): Las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo, son de dos clases : 1.ª, de índole fetal; y 2.ª, de índole materna.

Como indicaciones fetales, considero la muerte habitual del feto y el desarrollo excesivo de éste.

Las indicaciones maternas las divido en dos categorías :

1.ª Las mujeres con enfermedades preexistentes ó intercurrentes que modifican ó son modificadas por el embarazo;

2.ª Las mujeres de condición patológica que se desarrolla en relación directa con el embarazo. Creo que está indicada la interrupción del embarazo en la tuberculosis, pero no en las enfermedades agudas.

Admito como indicaciones los vómitos incoercibles, el hidramnios muy voluminoso y las hemorragias placentarias que ponen en peligro la vida de la madre y del hijo.

El Dr. Gutiérrez (de Madrid): Entre las indicaciones del parto prematuro artificial, que con tanta extensión nos han expuesto en sus brillantes informes los profesores Hofmeier, Pinard, Rein, Schauta y Simpson, echamos de menos una que sólo el último señala, pero en distinto concepto que se ha presentado á nuestra observación.

Es á saber: en los casos que legítimamente pueden llamarse de *muerte habitual del feto*, sin que ésta vaya ligada á una infección sifilítica de los progenitores, ni á intoxicación ni enfermedad general de los mismos, ni á lesión conocida de los anejos fetales. Un ejemplo aclarará mejor el concepto.

Una señora perfectamente sana se hace embarazada, y al séptimo mes de su gestación da á luz un feto muerto. En tres embarazos sucesivos ocurre lo mismo, aunque en época cada vez más próxima al término natural. Se investigan las causas y no se encuentra ningún antecedente ni lesión particular en ninguno de los tres factores que pueda explicar la repetición del accidente. Sin embargo, y por si resulta comprobado el *naturam morborum curationes ostendunt*, se somete á los cónyuges á un tratamiento específico y tampoco la quinta gestación logra llegar más que al comienzo del noveno mes, saliendo el feto sin vida. A pesar de todos los tratamientos preventivos más usuales, el sexto y séptimo embarazo terminan en su época natural, pero con muerte del producto, no explicable por lesión de éste ni de sus anejos. Entonces se practica un reconocimiento minucioso del aparato genital de la madre y se observa una *subinvolución* del útero que, á nuestro juicio, es causa de la asfixia fetal por exceso de ácido carbónico en la sangre venosa acumulada en gran cantidad en las lagunas úteroplacentarias. Al ocurrir la octava gestación y previendo un funesto desenlace como en las anteriores, se practica en el comienzo del noveno mes con todas las precauciones asépticas el parto artificial y por fin se logra un feto vivo. Creemos, pues, que estos casos de «muerte habitual del feto», cuya causa escapa á todas nuestras investigaciones y en los cuales se repite el accidente á pesar de todos los medios preventivos, constituyen una indicación del parto prematuro artificial.

El Dr. Latorre (de Roma): Estoy más conforme con la opinión del doctor Pinard que con la del Dr. Reim. Soy muy conservador. Creo que el Congreso debe emitir su opinión respecto á la legitimidad de la interrupción del embarazo para tranquilizar al médico y salvar sus escrúpulos religiosos ó judiciales.

El Dr. Bossi (de Génova): En el caso de interrupción del embarazo, el médico debe ocuparse ante todo del estado de fuerzas de la parturiente y comparar las ventajas de la supresión del embarazo con el inconveniente del acto operatorio necesario. El traumatismo necesita ser, naturalmente, tanto mayor, cuanto que:

a) Las maniobras para preparar el cuello han de ser más importantes;

b) Las maniobras tienen que ser más locales;

c) Estas maniobras son seguidas, con más frecuencia, de hemorragias.

Para obtener este resultado, aconsejo el dilatador de mi invención, que es:

1.° El único instrumento que garantiza á la parturiente la posibilidad de abrir el cuello con seguridad, aun en las condiciones más desfavorables;

2.° El único instrumento que permite la dilatación en poco tiempo, cosa indispensable en una operación de urgencia.

El Dr. Draghiesco (de Bucarest): Durante nueve años (1895-1901) y en un total de 18.132 partos, he tenido ocasión de provocar diecisiete veces el parto en casos de afecciones médicas; trece veces por eclampsia; tres por fenómenos gravidocardíacos, y uno por accesos epileptiformes.

He empleado: cinco veces el método de Kiwisch, que abandoné; cuatro veces el dilatador mecánico de Tarnier; cinco veces el globo de Champetier de Ribes; dos veces la sonda de Krause y una vez la dilatación manual simple.

He obtenido los resultados siguientes:

En los 13 casos de provocación del parto por eclampsia, murieron 4 mujeres y 6 niños, todos prematuros y de 1500 á 1700 gramos de peso. Se provocó siempre el parto, porque el estado de las enfermas era gravísimo, los accesos eran subintrantes y el tratamiento médico no había producido resultado.

Empleo como tratamiento médico en esta enfermedad enemas de hidrato de cloral y laudanizadas, inhalación de cloroformo, poción polibromurada y, por último, sangría más ó menos abundante seguida de la inyección venosa del suero artificial, además del régimen lácteo.

En los tres casos en que se provocó el parto prematuro por fenómenos gravidocardíacos, las mujeres estaban asistólicas, con cianosis de la cara y de las extremidades, ortopnea, insomnio, etc. Dos de estas mujeres salieron mejoradas; la otra murió. Los tres fetos nacieron muertos.

La histerectomía en el tratamiento de la infección puerperal. — El Dr. Fehling (de Estrasburgo): Fundo mis conclusiones en las 94 respuestas recibidas á un cuestionario enviado á 140 médicos de Alemania, Suiza y Austria. Estos médicos han practicado:

Operaciones por infección puerperal, 61 con 55'7 por 100 de mortalidad. A saber:

Extirpaciones totales, 19; mortalidad, 31'5 por 100.

Extirpaciones vaginales, 33; mortalidad, 69'6 por 100.

Amputaciones supravaginales, 4; mortalidad, 50 por 100.

Extirpaciones totales por aborto, 4; mortalidad 75 por 100.

Operaciones de rotura del útero intrapartum 100, con 50 por 100 de mortalidad. A saber:

Extirpaciones abdominales totales, 59; mortalidad, 50'8 por 100.

Extirpaciones vaginales totales, 27; mortalidad, 70'3 por 100.

Amputaciones supravaginales, 14; mortalidad, 64'2 por 100.

En una revista general, hecha por Zipperlen en su tesis (Tubinga, 1899), se cita la estadística siguiente:

Extirpaciones abdominales totales, 26; mortalidad, 42'3 por 100.

Extirpaciones abdominales por aborto, 4; mortalidad, 75 por 100.

Extirpaciones vaginales, 6; mortalidad, 50 por 100.

Amputaciones supravaginales, 7; mortalidad, 28'5 por 100.

De estas estadísticas saco las conclusiones siguientes:

1.ª Las enfermedades puerperales de los órganos genitales, pueden dividirse en dos clases: afecciones tóxicas y afecciones infecciosas;

2.ª En la intoxicación (saprohemia), el útero es el único foco morboso; en la infección, el proceso rara vez está limitado al útero; se trata en general de una infección grave que ha invadido todo el organismo.

3.ª La extirpación del útero en el puerperio, en caso de septicemia generalizada, no da probabilidad alguna de éxito y no debe aconsejarse esta operación;

4.ª La extirpación del útero está indicada únicamente en los casos en que el foco de infección ó de intoxicación se halla limitado al útero, á saber: en la retención con putrefacción de la placenta, en la putrefacción de los miomas durante el puerperio, ó de los restos del huevo á consecuencia del aborto, siempre que sea imposible emplear otro medio que la histerectomía;

5.ª En los casos de metroflebitis puerperal (piohemia), la histerectomía puede ser útil á condición de que vaya acompañada de la ligadura ó de la extirpación de las venas afectadas de trombosis en el ligamento ancho y de las venas uteroováricas. Esta operación puede practicarse también separadamente.

El Dr. Léopold (de Dresde): Para saber si la histerectomía está en realidad indicada como medio de tratamiento de la infección puerperal, es necesario, ante todo, ponerse de acuerdo sobre lo que se espera de esta operación, sobre su objeto.

Es indudable que se busca por la extirpación del útero suprimir el origen de la enfermedad. Al proceder así, se admite que el útero enfermo es el origen principal de la infección, ó al menos que, si ésta se propaga al peritoneo, á las venas ó á las vías linfáticas, es influída favorablemente por la histerectomía.

Se trata de saber si puede esperarse de la histerectomía en la infección puerperal, resultados tan brillantes como los que se obtienen en los casos de fibroma, de cáncer ó de anexitis supuradas. Pero mientras que en el primer caso se trata de una afección de marcha lenta, siempre localizada, la infección puerperal es una afección de principio brusco y de marcha generalmente aguda, y suele ser difícil creer que el proceso infeccioso se halla localizado en el útero. Es necesario, por lo tanto, dividir los casos según los signos clásicos. Propongo las conclusiones siguientes:

1.ª En el caso de infección puerperal grave, la histerectomía estará indicada cuando se haya probado por todos los síntomas que el útero es el sitio ordinario y el punto de partida continuo de la infección, y que todos los demás medios empleados contra la enfermedad han fracasado.

Esta indicación se refiere sobre todo á los casos de retención de la placenta en vías de descomposición, sin que sea posible extraerla.

2.ª Si la infección se ha propagado más hallá del útero y ha producido una peritonitis grave, ó una trombosis séptica, ó una infección uni ó bilateral de los anejos, ó un absceso del útero, la histerectomía por sí sola no basta para curar la enfermedad, porque esta operación es impotente contra las alteraciones anatómicas secundarias.

Si la enfermedad prosigue fatalmente su marcha, se recurrirá, según las circunstancias, al tratamiento quirúrgico, que tiene por objeto descubrir el foco de la supuración y vaciarle. Otras investigaciones nos dirán hasta qué punto las inyecciones de suero antiestreptocócico ú otros medios análogos contribuirán directa ó indirectamente á la curación.

Es necesario insistir siempre de una manera especial en el descubrimiento precoz y minucioso de los focos de supuración. El descubrimiento y la ablación de las venas afectadas de supuración contribuirá en el porvenir á dar resultados brillantes en el tratamiento de los casos más graves de la infección puerperal.

El Dr. H. Treub (de Amsterdam): Para que la discusión sea útil es de necesidad absoluta estar completamente de acuerdo sobre las palabras, para que no haya equívocos posibles. Todo lo que tiene de clara la primera parte del tema que se discute, tiene de ambigua la segunda.

Leyendo lo que se ha publicado en estos años últimos sobre lahisterectomía, como medio de tratamiento de la infección puerperal, sorprende ver reunidos con este nombre genérico varias enfermedades, ó, mejor dicho, varios estados patológicos distintos por completo, y que no admiten comparación.

El que estos estados patológicos dependan todos de la infección puerperal en el sentido de que unas veces son la causa y otras el efecto, no da derecho á reunirlos en esta infección y á olvidar sus particularidades, que hacen de ellos enfermedades distintas.

La retención de la placenta, y sobre todo su putrefacción y la de las membranas retenidas en el útero, la endometritis, la metritis, la parametritis ó la celulitis pelviana, la perimetritis ó pelviperitonitis, la salpingoovaritis, la peritonitis, difusa ó circunscripta, pero siempre no limitada á la excavación pelviana, la piohemia general, he aquí un gran número de estados patológicos que pertenecen de una manera ó de otra á la infección puerperal. ¿El hecho de haberse practicado la histerectomía en casos tan diferentes, autoriza á utilizar los resultados obtenidos para calcular con exactitud el valor de la operación? No. Así sólo se embrollan las cosas y se hace imposible sacar conclusiones prácticas.

Se comete, además, una grave falta, no teniendo en cuenta la duración de la enfermedad. Es indudable que un saco tubario de contenido purulento, un absceso parametrítico, una peritonitis localizada, que se observan como consecuencias de una infección puerperal varios meses después del parto, no tienen la misma importancia que estas mismas localizaciones, observada pocos días *después del parto*.

El antiguo adagio *sublata causa tollitur effectus* indica que la ablación del útero es el medio racional por excelencia de combatir una infección localizada en la matriz. Por fortuna, ningún cirujano cree en la aplicación pura y simple de esta regla, porque equivaldría á la indicación de la histerectomía en cuanto se presentan los primeros síntomas de la infección. Se trata de resolver el problema de si la histerectomía es todavía racional, cuando á consecuencia de la infección genital localizada se producen accidentes toxiinfecciosos generales. Es imposible decidirse, guiándose sólo por el razonamiento.

Puede creerse, por una parte, que cuando hay accidentes toxiinfecciosos la supresión del foco primitivo llegará tarde, y por otro, es admisible la posibilidad de la victoria del organismo sobre los microbios sépticos cuando se suprime el foco generador de los elementos patógenos. No hay medio de decir *a priori* cuál de estos razonamientos es el verdadero, y en este debate los hechos son los únicos que tienen valor decisivo.

El problema que necesita resolverse es el siguiente: ¿la aplicación de este tratamiento racional en sí, está justificado, primero, por la insuficiencia de los otros medios terapéuticos, y después por su eficacia?

Sólo he observado dos casos justificables de la histerectomía con proba-

bilidad de evitar la muerte por este medio. He aquí contestada la primera parte de la pregunta.

Para tener respuesta á la segunda, la referente á la eficacia de la histerectomía, necesitamos una estadística de las observaciones detalladas que se han publicado hasta ahora, eliminando todos los casos en los que se ha practicado dicha operación por retención placentaria, piosalpingitis, fibromas en vías de putrefacción, etc. En todos ellos, las indicaciones de la histerectomía son más ó menos claras, pero no se trata de la operación como medio de combatir la infección.

Descartando las observaciones incompletas, quedan 36 casos de infección puerperal sin localización extrauterina ni complicaciones uterinas (retención placentaria, fibromas, etc.). De estas 36 mujeres curaron 15 y murieron 21. No puede deducirse de esto que la histerectomía sea capaz de disminuir el número de muertes. En los casos de curación, después de la operación, hay motivos para preguntar si las enfermas no se habrían salvado sin esta operación mutiladora y grave, como he observado algunas veces.

Conviene resolver el problema siguiente: ¿Cuál es la indicación de la histerectomía en las condiciones que nos ocupan?

Creo que el problema no es tan sencillo como suponen algunos autores y que la indicación de la histerectomía no puede plantearse más que teniendo en cuenta, tanto la naturaleza del tratamiento empleado hasta entonces y su fracaso, como todos los signos clínicos que una observación minuciosa permite descubrir. Cuando se llega así á la conclusión de que la única probabilidad de salvación es la histerectomía, ésta se halla indicada.

Si en estas condiciones se pierde á la enferma, se dirá que quizá una operación más precoz la hubiera salvado, pero también que quizá, sin operación el pronóstico no hubiera sido tan fatal como se creía y que quizá la enferma no operada no habría muerto. Si, por el contrario, la enferma cura, podrá decirse también que quizá se hubiera salvado sin necesidad de mutilación que la ha expuesto á nuevos peligros. En resumen, no es posible por el momento dar indicaciones de la histerectomía, y practicarla ó no será siempre para el médico cuestión de conciencia y de temperamento.

El Dr T. Tuffier (de París): La infección puerperal afecta modos y grados tan diversos, que puede decirse que no hay una sino varias infecciones. Unas son localizadas, metritis, anexitis, peritonitis; otras peritoneales más ó menos extensas, y otras, por último, generalizadas á todo el organismo. Hay la infección aguda, y hasta sobreaguda, que sobreviene en los primeros días ó en las primeras horas después del parto y que sigue una marcha fulminante, y la infección subaguda que se prolonga durante semanas y meses. Hay la infección que reconoce por origen una herida del periné ó de la vagina, una desgarradura de los fondos de saco ó una rotura uterina, y la infección procedente de la cavidad del útero y de sus paredes, y ésta comprende la metritis séptica verdadera y la metritis séptica complicada por la presencia de una placenta adherida, de un fibroma esfacelado, de un cáncer ó de una mola infectada.

El problema, en vez de simplificarse, se ha complicado por reunir hechos tan distintos. Conviene, por lo tanto, colocar las cosas en su punto y precisar el objeto de los debates.

Las infecciones localizadas: metritis, anexitis, perimetritis, las peritonitis más ó menos generalizadas, deben descartarse igual que las lesiones originadas por una lesión del periné, de la vagina, una desgarradura de los fondos de saco ó una rotura del útero. En estos casos las indicaciones terapéuticas son fáciles de plantear. Lo mismo sucede cuando se trata de una complicación del puerperio por la presencia de un fibroma, de un cáncer, de una mola, de una placenta adherida, cuando la complicación no ha podido diagnosticarse por el examen de la enferma; en estos casos las indicaciones de la intervención quirúrgica son evidentes.

La cuestión no es ésta, y el problema que debe resolverse se refiere por completo á la infección puerperal generalizada, dependiente de una metritis séptica verdadera *post abortum* ó *post partum*. Hé aquí una primera división que conviene hacer y que limita bastante el campo de las discusiones, si bien creo que es posible limitarle más.

El cirujano llamado para ver á una mujer, puede encontrarse, en efecto, en presencia de uno de los dos casos siguientes: ó bien si el parto ó el aborto es de fecha reciente, se trata de una infección puerperal generalizada, sobreaguda ó aguda, que data sólo de algunas horas ó de algunos días; ó bien los accidentes han principiado hace semanas ó meses siguiendo una marcha menos tumultuosa, se trata de una infección subaguda prolongada. En este último caso, no es el único afectado, hay supuraciones periuterinas ó metastásicas (pleuropulmonares, renales, hepáticas, esplénicas), que sostienen la infección.

Descartadas las infecciones localizadas y las generalizadas subagudas, sólo tenemos que estudiar el problema de la intervención quirúrgica en las infecciones agudas; es el único que creo debe servir de tema á nuestras discusiones. Es necesario resolver los dos puntos siguientes:

1.° ¿La histerectomía está justificada en la infección puerperal aguda?

2.° ¿Cuáles son las indicaciones de la histerectomía en la infección puerperal aguda?

La anatomía patológica prueba que en la infección puerperal aguda ciertas lesiones raras, pero indiscutibles, justifican la ablación del útero. ¿Es capaz la clínica de reconocer estos casos? El examen minucioso de cada uno de estos síntomas, considerado aisladamente, prueba que ninguno de ellos es patognomónico, es decir, que ninguno de los síntomas puede por sí sólo exigir la intervención, y añadiré que ninguno de estos síntomas fué observado por un tocólogo competente. Porque si un cirujano nos dice que ha visto en Maternidades mujeres cuyo aspecto era tal, que se las hubiera creído condenadas á morir, mientras que el jefe de Clínica las consideraba como susceptibles de curar, esto prueba sencillamente la incompetencia completa de dicho cirujano en tal materia, y no es verdaderamente un argumento contra la necesidad de intervenir en ciertos casos de infección. Aunque ningún síntoma por sí sólo es característico, el conjunto clínico, el cuadro de la enferma, el complejo sintomático que presenta, pueden guiarnos á la convicción; en ésta, como en todas nuestras determinaciones quirúrgicas, trátese de hacer un diagnóstico ó un pronóstico, de fundar la terapéutica, debemos guiarnos por el conjunto de los accidentes.

Supongamos una mujer con septicemia *post partum* ó *post abortum*. Ha

sido asistida por un tocólogo experimentado; nada en su estado visceral, nada en su esfera genital externa explica la existencia de esta septicemia. Se ha empleado el tratamiento reconocido como eficaz en tal caso; las inyecciones intrauterinas, los raspados, el suero subcutáneo, no han contenido la marcha progresiva de los accidentes que el tocólogo cree arrebatarán á la enferma. Se os ruega intervengáis: ¿encontráis el útero y el peritoneo indemnes, el útero grueso y blando, en unos casos derrame fétido, en otros nada de derrame y las fuerzas de la enferma parece que permiten la intervención? ¿Está justificada la histerectomía? He respondido en sentido afirmativo y mantengo mi opinión. No tenemos que averiguar el origen de esta septicemia, es uterina trátese de una retención placentaria, de un fibroma ó de la pared de útero esfacelado. Es la clínica la única que manda, es vuestra confianza en contener los accidentes por una terapéutica bien dirigida las que da la indicación.

Sé cuáles son los puntos débiles de la cuestión, sé muy bien que quedan muchos puntos obscuros, pero si no fuera así, si todas las incógnitas del problema estuvieran despejadas, y si el producto fuera una fórmula terapéutica franca, es indudable que la cuestión no nos interesaría ni figuraría entre los temas de este Congreso.

Dista mucho de estar resuelta, y preocupa con razón á cirujanos y á tocólogos. Indudablemente no se ha fijado el momento preciso de la operación, «operar muy pronto sería un crimen, operar muy tarde es inútil»: es verdad, pero nos encontramos ante dificultades frecuentes en clínica y que es necesario resolver. No hay ley que pueda aplicarse con rigorismo matemático. Una enferma resistirá mejor y más tiempo que otra. La virulencia, la abundancia del veneno de una parte, la reacción individual de otra, harán variar el momento de la traducción en límites que nada puede hacer prever; en este momento el tocólogo es el único juez y el único á quien corresponde decidir el momento operatorio; su impotencia reconocida por el mismo crea la indicación operatoria, pero por nuestra parte es aún la resistencia de la enferma, reconocida por nosotros los cirujanos, la que debe hacernos aceptar ó rehusar la operación. Son indispensables, por lo tanto, un concurso de esfuerzos, una anastomosis franca, un cambio de buenos procedimientos, una observación atenta y un estudio minucioso en común de este estado patológico, de las que las enfermas sacan más utilidad que de las discusiones.

No quiero discutir aquí el modo de intervención, la vía vaginal ó la abdominal. He practicado ambas. En las formas subagudas, cuando el parto data de algunas semanas, la vía vaginal es cómoda; por el contrario, si el parto es reciente se tropieza con dificultades graves para extirpar el útero por la vagina. La blandura y la vascularidad de los tejidos son obstáculos para la hemostasia perfecta; estos obstáculos no son, sin embargo, insuperables, porque se ha recurrido á dichas intervenciones. No creo que sea posible en la actualidad hacer una estadística *útil* que demuestre la superioridad de uno de los dos métodos. Entran factores de mortalidad que son mucho más importantes en esta estadística que los de la vía seguida por el operador; es una cuestión secundaria mucho menos importante que la de la indicación general de la operación.

El Dr. Doléris (de París): Es necesario dividir los casos de infección

puerperal. Unos son de marcha muy benigna y curan por la cucharilla y el escobillón, y el tratamiento conservador es suficiente.

En los casos fulminantes la intervención no tiene la menor probabilidad de éxito. La sentencia de muerte se agrava por la intervención.

En los casos graves de marcha algo prolongada la enferma ha hecho ya las pruebas de resistencia; en estos casos la histerectomía es quizá un medio de salvación.

La intervención quirúrgica es coronada de éxito sobre todo cuando el foco está limitado (flebitis periuterina, retención placentaria, fibromas putrefactos), pero el diagnóstico clínico es dificilísimo; el examen de la sangre no da resultados seguros.

A juzgar por las autopsias de las enfermas ingresadas en mi Clínica demasiado tarde para ser tratadas á tiempo, creo que sólo dos hubieran curado quizá por la operación.

El Dr. Pichevin (de París): El raspado, hecho de buena manera, es un medio excelente de tratamiento en la infección puerperal. La teoría de la eliminación de los gérmenes del útero por el raspado, hizo considerar la histerectomía como el deber más importante del cirujano en estos casos. Creo que muchas de las enfermas operadas hubieran curado sin la operación. Las indicaciones operatorias son, á mi juicio, muy vagas. En los casos fulminantes sería una locura creer que la intervención pueda ser eficaz. En algunos casos, más lentos, la incisión del fondo de saco posterior puede ser suficiente; si hay pus en el peritoneo, la laparotomía se impone. La histerectomía sólo se practicará cuando haya signos innegables de gangrena del útero.

El Dr. J. L. Faure (de París): Acepto las conclusiones del informe del Dr. Tuffier y sólo voy á ocuparme de la técnica de la histerectomía. Estoy completamente convencido de la superioridad del método vaginal. El argumento principal contra esta intervención es la dificultad de coger el útero sin desgarrarle. Este argumento pierde su valor cuando se sustituyen las pinzas de Muzeux por otras más sólidas, por ejemplo, las de quistes, etc. Recurro casi siempre á la hemisección anterior.

El Dr. Duret (de Lille): 1.° Hay septicemias puerperales con lesiones locales aparentes que deben tratarse por los medios conocidos: raspado, desinfecciones, incisiones y hasta histerectomía;

2.° En otras septicemias puerperales no se descubren por el examen ginecológico más minucioso lesión alguna.

Son agudas ó crónicas:

A) Entre las primeras:

1.° Existen algunas que reconocen por causa una infección imposible de destruir por el raspado, y contra las cuáles la histerectomía abdominal ó vaginal produce á veces resultados ventajosos como último recurso. He intervenido en tres casos, salvando una enferma.

2.° Hay otras en las que la gravedad depende de la virulencia excesiva del agente infeccioso. Es dudoso que la ablación del útero sea eficaz si el lavado de la sangre por las inyecciones de suero artificial no produce antes alguna mejoría y no reanima á las enfermas, colocándolas en disposición de soportar el colapso operatorio.

B) Las septicemias crónicas son resultado de flebitis ó de linfangitis uterinas ó periuterinas, ó de focos desconocidos. En estos casos existen con frecuencia foquillos múltiples en el parénquima uterino ó en los vasos aferentes ó eferentes. Es el grupo patógeno al que he dado el nombre de piohemias uterinas puerperales. Las manifestaciones septicémicas principian casi siempre después del parto y duran varias semanas. La histerectomía abdominal ó vaginal presta, en casos excepcionales, algunos servicios, pero son tanto menos seguros cuanto más tiempo se tarda en operar.

3.° En todos los casos de septicemias puerperales, sea cual fuere su modo patogénico, el mejor remedio, además de la desinfección uterina, es la inyección subcutánea de suero artificial á grandes dosis. No debe temerse inyectar 2, 3 y hasta 4 litros diarios, á dosis regulares, según el efecto producido sobre el pulso y sobre el estado general.

El Dr. Jerso Levai (de Dinaföldswar): Fundándome en lo observado en varios casos, aconsejo el suero antidiftérico que obra sobre las toxinas no sólo del bacilo de Lœffler, sino también de los demás microbios de la infección.

El Dr. Jayle (de París): He practicado la histerectomía en dos casos de infección puerperal pura, sin lesión, de los anejos. Una enferma curó y la otra murió.

No pretendo sacar conclusiones de estos dos casos, pero el resultado obtenido en el primero me anima á ensayar la histerectomía en los casos desesperados, y sobre todo á practicar la extirpación total. Prefiero siempre la vía abdominal, con oclusión completa del peritoneo y desagüe por la vagina el espacio pelviano subperitoneal, para evitar toda infección de la gran serosa, á la vez que se favorece por este desagüe la descongestión del tejido periuterino.

La histerectomía vaginal, por el procedimento de las pinzas, es poco recomendable; hay probabilidades de infección secundaria después de desprenderse las escaras, y en estas enfermas, intoxicadas ya, es preciso evitar toda infección; las indicaciones de este modo operatorio son, por lo tanto, muy limitadas.

El Dr. Zweifel: Si se opera después de los dos primeros calofríos hay grandes probabilidades de encontrar el trombo localizado en la vena ovárica; si tarda más en operarse, es preciso algunas veces ir hasta la vena hipogástrica, pero no más lejos; la operación es indudablemente peligrosa, pero como la flebitis ocasiona la muerte cuando menos en el 60 por 100 de los casos, creo indicada la intervención.

El Dr. Spinelli (de Nápoles): La observación de mis enfermos y el estudio de los casos publicados, me hace creer que la histerectomía en la infección puerperal, no se funda en bases suficientes. Las indicaciones son difíciles de precisar, y se corre el riesgo de operar muy pronto ó demasiado tarde. Además, se observan con frecuencia curaciones con un tratamiento trivial en enfermas deshauciadas. Creo, por lo tanto, necesaria la expectación, operando sólo cuando hay indicaciones positivas.

El Dr. Mazzuchi (de Minturnes): Creo que es preferible el raspado del útero á la histerectomía. Según los trabajos del profesor Pane, toda operación pone en peligro grave la vida de la enferma cuando la sangre ha perdi-

do su cualidad bactericida, lo que ocurre en las infecciones graves y prolongadas.

El Dr. Morisani (de Nápoles): He practicado cuatro veces la histerectomía en la infección puerperal, perdiendo dos enfermas. La dificultad, á mi juicio, está en las indicaciones operatorias, y la discusión no ha resuelto el problema. La histerectomía se ha practicado al principio algo á ciegas; pero como esta operación cuenta en su activo algunas curaciones, merece ser estudiada. Espero que así se conseguirá conocer los signos clínicos que permitirán precisar las indicaciones operatorias. Como técnica prefiero la histerectomía por la vía abdominal.

El Dr. Fargas (de Barcelona): No he de ocultar que he tenido siempre cierta prevención contra la histeretomía en los casos de infección puerperal. Sin embargo, cuando se trata de casos en que el foco es evidentemente uterino, comprendo la indicación y me parece justificada. Dos veces en casos típicos la he realizado siempre con éxito desgraciado.

En el primero se trataba de una multípara de treinta y tres años, con un mioma de la pared anterior del útero del tamaño de un melón. Sobrevino un embarazo y la enferma abortó al tercer mes, con retención de secundinas. Sobrevinieron fenómenos de infección, y dada la existencia del mioma y la dificultad que el mismo oponía para verificar una limpieza de la cavidad del útero, pues ésta por obstáculo del mioma resultaba inasequible, amenazando los fenómenos de infección, y trascurridas tres semanas del aborto, practiqué la histerectomía abdominal. La operación fué fácil y sin accidente, pero la enferma falleció de septicemia á las cuarenta y ocho horas.

En el otro caso se trataba de una joven de veintisiete años, que en el quinto mes de su primer embarazo, tuvo un aborto provocado con retención de la placenta durante dos meses. Al cabo de este tiempo, la ví en un estado lastimoso, por la anemia y la infección intensa que sufría. Practiqué la evacuación del útero, el raspado y el taponamiento consecutivo con gasa y glicerina creosotada. Las hemorragias cedieron, pero la infección siguió intensa y grave, amenazando la vida de la enferma. Cinco días después de la evacuación del útero, extirpé el órgano por la vía vaginal sin dificultad, porque no existían lesiones periuterinas, pero la infección siguió sin cambio ninguno, y la enferma falleció al tercer día.

Quizás se diga que la medicación fué tardía, pero como nadie se atreverá á recetarla á los primeros síntomas de infección, esa tardanza será lo común, y el fracaso, por tanto, será también la regla.

De aquí que dude mucho de las indicaciones de la histerotomía en la infección puerperal, lo mismo que los demás oradores que han hecho uso de la palabra, y en vista del resultado obtenido en los dos casos citados que parecían de los más á propósito, por existir manifiestamente un foco uterino, me prometo no realizar por ahora tal medicación, ínterin nuevos datos y estudios vengan á precisar en qué condiciones está indicada, y resultados más favorables demuestren su utilidad.

El Dr. Pinard (de París): Resulta de esta discusión, que todos los trabajos procedentes de los tocólogos son de conclusiones tímidas, mientras que las opiniones de los cirujanos son más radicales. Hay cierto número de indicaciones fijas, sobre las que estamos todos de acuerdo: retención de la

placenta, fibromas putrefactos. En los casos operados, ¿hubieran curado las enfermas sin operación?

El Dr. Léopold (de Dresde): Me felicito de las opiniones conservadoras emitidas. Convengo en que es útil el tratamiento médico sueroterápico, pero no comprendo que nadie sea conservador en los casos desesperados.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Acción del ácido carbónico sobre la digestión estomacal. — El Dr. Franz Penzoldt ha hecho investigaciones de las cuales resulta que el ácido carbónico no influye de un modo considerable en la digestión estomacal, pero la modifica favorablemente en varios sentidos. La secreción de ácido empieza antes y alcanza, por término medio, cifras más elevadas. Si disminuye más pronto, depende esto de que la digestión gástrica se efectúa más deprisa.

En vista de estos hechos, se explica muy bien la afición que tienen los febricitantes á las aguas acídulas. También están indicadas en las enfermedades más diversas para aumentar la diuresis.

En lo que se refiere á las enfermedades del estómago, las aguas acídulo-carbónicas están contraindicadas en general en los casos de procesos ulcerosos y de estrechez del píloro á causa de la distensión de la víscera que provocan dichas aguas y que es peligrosa en estas circunstancias. Sin embargo, en los casos de hipoacidez y de atonía no muy pronunciada, no se debe temer demasiado este peligro, teniendo en cuenta, por otra parte, el aumento de la secreción de ácido y la mayor rapidez con que se vacía el estómago con el uso del agua carbónica, y podemos permitirnos el ensayo de una de esas aguas administrada después de comer y en cantidad que no exceda de medio litro. — (*Deutsche Arch. f. klin. Med.*). — R. del Valle.

Nuevo procedimiento de resección del trigémino. — Consiste, dice el doctor Broeckaert, en resecar temporalmente el arco zigomático y en buscar primero la segunda rama en la fisura esfenomaxilar y después la tercera en el agujero oval. Se hace una incisión desde un punto situado á centímetro y medio delante de la oreja, siguiendo el borde superior del arco zigomático, y terminando, en línea curva descendente, frente á la elevación del pómulo. Después de desprender el periostio de la cara externa de dicho arco y del pómulo, dejando intactas las inserciones superiores del masetero, se divide el pómulo por medio de un corte de sierra de delante á atrás y afuera. La apófisis se secciona también en el ángulo interno de la herida. El colgajo formado así se invierte de arriba á abajo, lo que facilita el acceso á la fosa esfenomaxilar. Se llega á ella, en efecto, rechazando hacia fuera el tejido adiposo y el plexo venoso por medio de un instrumento romo y manteniéndolos separados con un retractor ancho. Hecho esto, se busca con un estilete abotonado la fisura esfenomaxilar, en la que se descubre el cordón vas-

culonervioso, del que se aisla el nervio por medio de un gancho de estrabismo y se le reseca á la mayor profundidad posible en dicha fisura y cerca del agujero redondo mayor.

La incisión practicada permite descubrir la tercera rama del nervio. Se principia por fijar el sitio del tubérculo zigomático; después, en este sitio, se dividen los haces musculares del temporal y su aponeurosis hasta llegar á la superficie externa del ala mayor de la apófisis pterigoidea, se desprenden el periostio y las partes blandas, siguiendo la concavidad del hueso. Queda así al descubierto el agujero oval, que da paso al nervio y á una arteriola colateral de la maxilar interna. Se cogen el nervio y la arteriola con un gancho de estrabismo y se aisla, en lo posible, la rama nerviosa. Después se reseca, según las reglas ordinarias, una parte del nervio. Esta operación, bastante delicada, se facilita empleando la luz de un fotóforo eléctrico. Si se tiene la precaución de quedar entre el periostio y el hueso, la hemorragia es moderada, y más si se utilizan las propiedades hemostáticas de la adrenalina. Terminada la resección de los nervios, se aplica el colgajo y se suturan los músculos, el hueso y la piel, después de haber introducido una mecha pequeña en el ángulo interno de la herida.

Si la neuralgia interesa la primera rama del trigémino, se practica la neurotomía aislada según el procedimiento clásico.

Esta operación sólo debe practicarse cuando la neuralgia es refractaria á todos los tratamientos médicos, y la sección aislada de tal ó cual rama hace ilusorio el resultado operatorio. Tiene el inconveniente de producir parálisis casi completa de los músculos de la masticación del lado operado, inconveniente que se observa también en la extirpación del ganglio de Gasser.

(*La Belgique Médicale*). — F. Toledo.

Tratamiento del acné y de los forúnculos.—En el acné recomienda el doctor Championnière un tratamiento sencillo y eficaz. El enfermo debe lavarse la cara con agua ligeramente alcalina, 5 á 10 gramos de bicarbonato sódico por litro de agua. En cuanto se inicia un botón de acné, se aplica sobre él por las noches una cantidad pequeña de ungüento napolitano, de modo que cubra por completo la lesión. El ungüento permanecerá aplicado doce horas. De este modo abortan los botones de acné. Si su desarrollo está más avanzado, no es posible hacerles abortar, pero no adquieren grandes proporciones.

En los forúnculos, este tratamiento es también eficaz. El tópico debe aplicarse en mayor abundancia y permanecer aplicado más tiempo. Si no se consigue que aborte el forúnculo, al menos sus dimensiones disminuyen. El ungüento napolitano es eficaz aun durante el período de supuración.

(*Journal de med. et de chir. pratiques*).—F. Toledo.

Tratamiento del alcoholismo crónico. — Entre los hovas, que se entregan mucho al alcohol, se combate eficazmente esta afección por medio de una cura de asco. Sin que el bebedor lo advierta, se le añade al aguardiente moco tomado de la superficie tegumentaria de una anguila ó el cocimiento de una planta del país llamada vahivoratha. También se emplea con éxito la sugestión. La tintura de pimienta, que se administra á los pacientes á la dosis

de 10 á 15 gotas tres veces al día, para excitar el apetito y disminuir la excesiva secreción de moco de la boca y de las fauces, ha dado muy buen resultado. En el delirio crónico, se emplea la tintura de cannabis indica sola ó asociada á los bromuros. — (*Pharm. Centralhalle*).— R. DEL VALLE.

Medio sencillo de curar las hemorroides externas. — En las hemorroides externas recomienda el Dr. Raynaud, de Marsella, encender un trozo de yesca, colocarlo en el fondo de un orinal, sobre el cual debe sentarse el enfermo, soportando todo lo más posible el calor. Quemado el primer trozo de yesca, se enciende el segundo, y así sucesivamente de cinco en cinco minutos. El resultado inmediato es la supresión del dolor. A los diez días á lo sumo las hemorroides están arrugadas completamente.

(*La Med. Moderne*). — F. TOLEDO.

Tiroiditis aguda subsiguiente al uso del yoduro potásico. — Refiere el doctor Joseph Selbi, que en una mujer joven que había contraído la sífilis hacía medio año sobrevino, en medio de fiebre, y á la vez que un intenso coriza, una gran hinchazón de la glándula tiroides con carácter agudo, á consecuencia de haber tomado dos cucharadas grandes de una disolución de yoduro potásico al 5 por 100. La tiroiditis aguda produjo dificultades en la deglución, pero no en la respiración; la glándula no estaba muy sensible ni tampoco á la palpación, pero hasta los diez días de suspendido el yoduro no desapareció por completo la hinchazón de la misma.

(*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*). — R. DEL VALLE.

Un caso de sordo-mudez debida al cerumen. — Refiere el Dr. Mayo Collier que habiéndole presentado una niña de nueve años sorda y casi muda, puesto que no sabía pronunciar más que tres ó cuatro palabras semi-inteligibles, le llamó la atención que en una niña hermosa, robusta y de aspecto inteligente, y que hasta la edad de tres años no había tenido la menor novedad, se hubiese desarrollado lentamente y sin causa apreciable, semejante estado de sordo-mudez. Nunca había tenido ningún flujo de oídos ni en la familia había existido otro caso de tal anomalía.

Al explorar á la enfermita encontró obturados los dos conductos auditivos que eran largos y muy tortuosos, con tapones de cerumen viejos y duros. Los extrajo no sin dificultad y después de haber empleado el procedimiento de Politzer para desplegar las membranas timpánicas que estaban sanas pero muy retraídas, se mejoró en el acto la audición y la niña con esto aprendió á hablar en muy poco tiempo.

(*Med. Press aud. circ.*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ACCIDENTES QUIRÚRGICOS

DETERMINADOS POR LA INSEGURIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES LARINGO-TRAQUEALES

POR EL

DR. LUCIANO BARAJAS

Oto-rino-laringólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Hállanse en la práctica quirúrgica accidentes tan comprometidos y violentos, que hacen precisa una gran presencia de ánimo en el cirujano para afrontarlos con estóica pasividad, evitando con ello un nuevo trastorno con su depresión moral consiguiente, si se halla el enfermo en pleno estado de actividad consciente, como ocurre en casi todos los casos similares al que voy á permitirme hacer referencia, accidentes tanto más lamentables, cuanto que dependen de las deficiencias en el diagnóstico previo.

A mediados de marzo del corriente año se presentó en mi consulta particular D. N. N., de sesenta y un años de edad, ingeniero de caminos, hombre de vigorosa constitución, adecuada á la vida ruda que su carrera le había obligado á practicar, sin antecedentes morbosos propios ni de herencia que se relacionasen con la enfermedad actual.

El motivo que justificaba la consulta era, según criterio del enfermo (que de suyo es despreocupado), muy insignificante y de escasa importancia, puesto que solamente cuando ejerce actualmente sus funciones de Catedrático tiene pequeña veladura de la voz.

Recuerda también que hace dos ó tres años, con el mismo fenómeno coincidía el arrojar algún esputo sanguinolento, cediendo después todos ellos. Presentóse aquél nuevamente hace poco tiempo, acompañándole gran fetidez en el aire espirado, algo de anhelo ins-

piratorio, sin que esto constituya una verdadera disnea, que solamente se manifiesta cuando habla largo rato, dato este último que, aun siendo muy importante, ha sido de poca monta para el enfermo y no le ha preocupado nada.

Su aspecto exterior, aparte de una ligerísima coloración blanco-amarillenta, es bastante buena, apercibiéndose tan sólo un tumor duro voluminoso y doliente en la región carotídea del lado derecho unido sólidamente al paquete vascular y laringe, la cual está algo abalonada é inmóvil, pero nada dolorida.

Dirigida nuestra investigación al aparato respiratorio, no encontramos nada digno de mención en la nariz y faringe, no así en la laringe, que dentro de una coloración normal se percibe como único dato importante una *parálisis absoluta de la cuerda vocal derecha* y una *paresia abductora de la izquierda,* razones estas suficientes para comprender que la glotis resultante de esta inmovilidad de una cuerda y la falta de abertura de la otra, había de hacerla insuficiente para el aire necesario en aquellos pulmones; estrechez glótica sobrellevada algo dulcemente por su insidiosa presentación.

Por lo antedicho, el enfermo se hallaba muy tranquilo, puesto que su voz era casi normal á causa de que las cuerdas se reunían perfectamente; el estado caquéctico inicial no se exteriorizaba grandemente, y sólo á su tumoración externa acusaba la ligera ronquera que le obligó á consultarme.

Empero la situación estaba muy distante de ser tan relativamente satisfactoria, pues aparte de lo significativo que era el hecho de haber arrojado el enfermo esputos sanguinolentos coexistentes con sus veladuras periódicas de la voz y de lo poco tranquilizador de aquel aire espirado tan sumamente fétido, nos hallamos en presencia, aun prescindiendo de la tumoración externa, de una imágen laringoscópica suficiente por sí sola para no aceptar el relativo optimismo del enfermo y sugerirnos la idea de un proceso anatomopatológico de importancia, á cuyo conocimiento exacto ó lo más aproximado posible debían dirigirse nuestras investigaciones todas.

Era para la clínica una cuestión transcendental y una base segura para el pronóstico y la terapéutica consecutiva determinar, precisar de la manera más realista posible la dependencia recíproca, la relación de causa á efecto en que se encontraba la tumoración externa y el estado anormal de la laringe.

Procedía, por tanto, resolver si la tumoración visible en el cuello era primitiva ó consecutiva á otra laríngea, y si ésta era la causa

ocasional de las lesiones funcionales de dicho órgano, deducir el pronóstico de unas y otras y el tratamiento próximo y remoto, de gran importancia este último en el presente caso.

El haber arrojado esputos sanguinolentos anteriormente á la existencia del tumor visible del cuello, con espiración fétida á pesar de tener completamente sano el aparato broncopulmonar y la parálisis completa de la cuerda vocal derecha nos hace desechar las series de procesos extralaríngeos que pudieran hacérnoslo confundir, desde el absceso perilaríngeo traqueal, hasta los tumores más variados que en su evolución hubieran comprimido el recurrente.

Lo que nos fué imposible averiguar á causa de la estrechez suma de la glotis, era todo lo que pasaba debajo de ésta, donde suponíamos que el proceso se había desenvuelto, ó sea hacia el ventrículo derecho de Morgagni, invadiendo el cartílago cricoides y determinando una inflamación del mismo, á la vez que por esta causa se había lesionado el músculo crico-aritenoideo posterior, no moviéndose el lado derecho y dejando parésico el izquierdo. El diagnóstico por *exclusión* se hizo de epitelioma del ventrículo derecho de la laringe por no poder extraer el más pequeño trozo para el análisis.

Previnimos al enfermo de la necesidad en que había de encontrarse de ser operado en el momento que se aumentaran sus por entonces insignificantes ahogos.

Un mes después, durante el cual venía usando el yoduro potásico, se me presentó con violenta disnea, que obligó á ser pedida por él la traqueotomía, dado el estado angustiosísimo á que había llegado, practicándose ésta el día 3 de abril último, acompañado por mis queridos amigos y compañeros, Dres. P. Fábregas y Prada y el médico de la casa Dr. Herrero.

Nuestro enfermo tenía un cuello muy corto y grueso, con gran elevación de la horquilla esternal, circunstancias éstas que luego se verá cómo contribuyeron á las dificultades operatorias.

Omito la descripción del acto quirúrgico, que se desenvolvió sin accidente particular alguno hasta el momento en que después de haber bajado el cuerpo tiroides siguiendo el procedimiento de Bose y encontrándose la tráquea completamente limpia y fijada, así como hecha la hemostasia de la herida, todo se hallaba en disposición de emprender la última parte de la operación. Examinando el punto á donde íbamos á colocar la cánula, sólo pudimos apreciar á nuestra vista tres anillos traqueales, pues el cuarto se encontraba detrás de la horquilla esternal, á la vez que el aspecto presentado por el ór-

gano era el de una masa rojiza y carnosa, en la que sus anillos sólo se manifestaban por débiles líneas de separación.

Penetramos en la tráquea con un bisturí recto y por el punto más inferior visible, hasta una profundidad de 8 á 10 milímetros, extendiendo la sección traqueal hasta el cricoides, viendo con dolorosa y desagradable sorpresa que no incindíamos cartílago como era de esperar, sino un tejido de consistencia lardácea, por cuya abertura salía abundante sangre con un olor repugnante, sin que una burbuja de aire anunciase la proximidad de la luz traqueal, á pesar de profundizar con el bisturí hasta 14 ó 16 milímetros, que según las observaciones más generalmente aceptadas (Merkel, Cook, Lejars, Trendelenburg, etc.), es el diámetro medio de la tráquea en el adulto.

Convencido de que el conducto aéreo estaba ocupado por un tumor que lo rellenaba, que el herir más abajo era imposible por la elevación del mango esternal, que eran asimismo inútiles las tentativas de elevar la tráquea con el gancho romo cricóideo de Chassaignac, como también el colocar la cánula de P. von Bruns, puesto que no habíamos podido llegar con el bisturí á un sitio en el que el aire indicase su próxima entrada y ante el terrorífico espectáculo que allí podía sobrevenir si no se solucionaba pronto este conflicto rápidamente con el cuidado necesario para evitar los peligros de la región, hice la denudación lateral de la tráquea por el lado izquierdo, opuesto por tanto, á donde yo suponía se hallaba el tumor, separé los músculos esternohioideo y externotiroideo y con ellos el paquete vásculonervioso muy inmediato y perceptible á nuestra vista, y haciendo una amplia incisión traqueal en aquel sitio, tuve la satisfacción de sentir precipitarse el aire en los pulmones, pudiendo colocar una cánula delgada de Krishaber, salvando con ello la vida de aquel enfermo y devolviendo la tranquilidad á todos los que veíamos los graves accidentes que se oponían á realizar nuestra operación.

Como quiera que las cánulas corrientes tienen un grosor en proporción directa con su longitud, claro está que al vernos obligados á poner una delgada, necesariamente había de ser corta para las necesidades del caso, mucho más, cuando no había adaptación entre el sitio de la herida traqueal y la cutánea por haber tenido que practicar aquélla en sitio distinto al que nos proponíamos al comenzar la operación, por cuyas causas en cuanto el enfermo movía el cuello en dirección contraria á la de la herida, la cánula se despla-

zaba de su verdadera situación, siendo éste un accidente que gracias á la pericia del Dr P. Fábregas que se hallaba de guardia con el enfermo, pudo resolverse sin contratiempos hasta que después se colocó una cánula más larga que se adaptaba á la inclinación de la herida. Desde este momento hasta el de la fecha, el enfermo se encuentra perfectamente bien sirviéndose de una cánula casi normal que en algo se aproxima á la propuesta por mi distinguido amigo y compañero el Dr. Botey (de Barcelona), cuya terminación se prolonga recta un centímetro, pasando más abajo de la tumoración.

Laringoscopizado el enfermo á los ocho días después de operado, he podido confirmar en la laringe la persistencia de la normalidad anatómica por mí observada anteriormente, y además una parálisis completa de la cuerda vocal izquierda. Es decir, que según nuestras observaciones, la parálisis abductora completa de ambas cuerdas vocales fué la causa originaria de un ataque de asfixia, combinado con el espasmo consiguiente de adducción, lo cual nos explica la intermitencia de los ataques sin perjuicio de que á tal disnea contribuyera mecánicamente el *tumor traqueal.*

Este ha sido analizado por el Dr. Isidoro de la Villa y ha resultado ser un *epitelioma globular*, en conformidad con lo diagnosticado por nosotros anteriormente. ¿Podemos sacar alguna deducción práctica de este hecho que nos ponga á cubierto de errores sucesivos?

Dos casos semejantes recuerdo en mi práctica profesional, en que al intervenir me haya ocurrido semejante accidente, y los dos coinciden en desenvolvimiento clínico de un modo tan semejante, que aunque no nos sirvan ellos sólo para establecer las bases fijas de un diagnóstico seguro, bueno es darlos á conocer como hechos de observación muy necesarios en nuestra literatura profesional.

El microscopio nos ha venido á confirmar en el producto extraído y analizado, el diagnóstico que por exclusión hubimos de hacer primeramente, asimismo este examen y el desenvolvimiento clínico ha confirmado nuestra suposición de haber sido invadido lentamente el cricoides y la lesión consecutiva del músculo crico-aritenoideo posterior, que primero lo fué en el lado derecho y después en el izquierdo.

Mas estos datos muy lógicos para diagnosticar un epitelioma del ventrículo, en conformidad con las descripciones hechas por Moritz, Schmidt (Francfort) y B. Frankel ¿son suficientes para explicar la propagación traqueal, y por ende combatir los peligros que este accidente puede acarrear al operar?

De ningún modo, pues, ni siquiera existía en los comienzos, y antes que viniera la estrechez laríngea á comprometer la respiración, los signos que Gerard determina como característicos de las obstrucciones traqueales, cuales son, pequeña depresión inspiratoria de la laringe y cabeza inclinada hacia adelante, opuestos en absoluto á las de aquel órgano y á los que tenía nuestro enfermo. A su vez los infartos del cuello eran bien manifiestos, circunstancia que no concurre en los tumores traqueales; por lo tanto, en este caso como en los otros que he hecho referencia, un dato he hallado semejante en ellos, y que merece fijar toda nuestra atención, pues, de confirmarse en lo sucesivo sería de una importancia transcendental.

La *aparición lenta* de la parálisis abductora es, en mi concepto, el dato importantísimo á que hago referencia, puesto que todas aquellas otras que yo he observado, ya por perturbación recurrencial, ya por lesiones miogénicas primitivas (tuberculosis), ó ya por pericondritis cricoideas agudas, se desenvuelven tan rápidamente, que todo el que vea enfermos de laringe le habrá ocurrido tener que intervenir rápidamente para combatir los efectos de una obstrucción glótica repentina por trastornos en la abducción, por lesión del músculo crico-aritenoideo posterior, mientras que en estos casos se vió aproximarse paulatinamente el momento oportuno para la intervención, puesto que cada vez se iban acentuando más las dificultades en la abertura de la glotis.

Otro dato de gran importancia es la falta de tumoración visible en el sitio paralizado de la laringe, cosa que no ocurre en los típicos casos de tumor ventricular, que se asemejan á una pericondritis interna del cartílago tiroides.

Tengo la creencia que las observaciones expuestas deben ser objeto de alguna meditación, desde el punto de vista de la certeza diagnóstica, y por ende, de la eficaz terapéutica, y deseo dejar consignadas como resumen de todo lo anteriormente expuesto, las siguientes conclusiones:

1.ª Existen epiteliomas nacidos en el ventrículo, que se esteriorizan con un síndrome subjetivo relativamente insignificante, y al que sólo el examen laringoscópico y la consideración de los antecedentes evolutivos de la lesión pueden dar su verdadero valor, encauzando el diagnóstico y la conducta terapéutica.

2.ª Las alteraciones funcionales fonéticas y respiratorias de la laringe pueden ser insignificantes en los comienzos de la lesión, siendo sólo la imagen laringoscópica la que nos revela como particula-

ridades más importantes la parálisis absoluta de una de las dos cuerdas vocales y la falta de abertura de la otra, que exagera sus movimientos de adducción pasando la línea media, aproximándose á la paralizada.

3.ª La estrechez glótica resultante de toda esta disposición, se puede hacer tolerable durante un cierto tiempo, por simple fuerza y mecanismo de adaptación, cosa que no ocurrirá nunca cuando las cuerdas vocales adoptan tal disposición de una manera repentina.

4.ª Cuando coexistentemente con los síntomas funcionales glóticos, se observe una tumoración externa más ó menos voluminosa, es preciso y de un efecto transcendental, determinar si la lesión laríngea es primitiva ó secundaria, para decidir de la terapéutica consecutiva de un modo racional; para lo cual hay que tener en cuenta los antecedentes evolutivos de la lesión y el examen laringoscópico. Sólo de este modo pudimos excluir en el caso motivo de este artículo. todos los procesos inflamatorios y neoplásicos perilaringotraqueales, localizar la primitiva lesión en el ventrículo de Morgagni, invadiendo sucesivamente el cartílago cricoides y el músculo cricoaritenoideo posterior y expresar apriorísticamente, teniendo en cuenta la presencia de las neoplasias malignas del ventrículo y el estado de nutrición, coloración y semicaquexia del enfermo, la opinión, que luego confirmó el examen histológico, de que estábamos en presencia de un epitelioma del ventrículo propagado y de la posibilidad de tener que intervenir de una manera activa en el momento menos pensado, cuando la cuerda vocal indemne que ejercía una función compensadora se paralizara.

5.ª Que hay un síntoma sobre el que deseo llamar la atención, pues me parece que tiene una importancia suprema en el diagnóstico, y que es la *aparición lenta, progresiva, gradual, de la parálisis abductora*, pues en todo otro caso, ora se trate de parálisis por perturbaciones recurrenciales, lesiones nicogénicas primitivas ó pericondritis cricoideas agudas, las parálisis se desenvuelven tan rápidamente, que la intervención se impone de una manera racional en el acto.

6.ª Que hay un dato en semejantes casos que puede dar lugar á dudas y errores en el diagnóstico, cual es la *falta de tumoración visible en el sitio paralizado* de la laringe, cosa que no ocurre nunca en los casos típicos de tumor ventricular.

7.ª Y últimamente, y como la *más importante*, que el síndrome que atribuye Gerard como característico de los tumores traqueales, pierde su valor y falta en algunos casos, como en el que motiva este es-

crito, y que es preciso atribuir gran significación diagnóstica en las tumoraciones traqueales á los dos elementos fundamentales siguientes: disnea inspiratoria, pero progresiva, sin trastornos sensibles de de la voz, producida por la aparición lenta, progresiva y gradual de la parálisis abductora de una de las cuerdas vocales, y falta de tumoración visible en el sitio paralizado de la laringe.

Así, cuando en un enfermo con ó sin tumoración externa del cuello se presente una *disnea laringea creciente* con ligeras y periódicas veladuras de la voz, y el examen laringoscópico nos señale la *falta de tumoración laringea* y á lo más la parálisis adductora de una de las cuerdas vocales, estaremos autorizados á lo menos para sospechar una tumoración *laringotraqueal*, hecho importantísimo que habrá que tener en cuenta á la hora de intervenir para dirigir la incisión al sitio conveniente y evitarnos la sorpresa al hacer la abertura anterior y normal de la tráquea de una neoplasia que haya pasado desapercibida por la inseguridad que nos puede proporcionar en ciertos casos el síndrome de Gerard.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-rino-laringólogo. Madrid.

SUMARIO: I. Participación del nervio facial en el acto de escuchar.—II. Tratamiento de la atresia adquirida del conducto auditivo externo.—III. Sobre el mecanismo del crecimiento de los colesteatomas. — IV. De la medición gráfica de la permeabilidad de las fosas nasales. — V. Nueva técnica de la cloroformización en las operaciones laríngeas. — VI. Ensayo de aplicación de las corrientes de alta frecuencia en oto-laringología. — VII. De las inyecciones subaracnoideas de cocaína como anestésico general en las operaciones de la cabeza.

I. Es la audición, función del nervio acústico que puede verificarse sin participación de la volición ó puede ser intencional, como cuando queremos percibir un ruído lejano ó apreciar analíticamente las cualidades de un determinado sonido, como, por ejemplo, en la auscultación médica, y siempre que realizamos el acto de escuchar.

Esta última manera de audición puede ser un acto en el que sin duda, para perfeccionamiento de la percepción, entran en juego in-

voluntariamente una porción de mecanismos que todos residen dentro de la esfera de acción del nervio facial. Las investigaciones anatómicas de Held y Kölliker han demostrado para el gato y el perro la indudable existencia de comunicación entre el núcleo central del acústico y el del facial, hecho que explica la existencia del fácil reflejismo en el caso de una gran tensión del acústico, como sucede en el momento de escuchar.

Sobre tal fenómeno fisiológico ha realizado el Dr. Ostmann (de Marburg), una serie de experimentos sobre sujetos con audición normal, obteniendo fotografías cuya inspección demuestra, sin lugar á duda, los diferentes movimientos que se realizan en la esfera del facial en el momento de la audición intencional. Gottstein ya había observado en sí mismo que al comenzar á escuchar producíase un estrechamiento de la abertura palpebral del lado correspondiente al oído en función, al propio tiempo que percibía en el interior del órgano una sensación de tensión casi dolorosa que atribuía á la contracción del músculo estapedio que, como es sabido, está inervado por el facial. Stumpf observó que su hijo, procurando hacer análisis preciso de tonalidades, realizaba un pestañeo rápido para colocarse en mejores condiciones funcionales.

El Dr. Ostmann adquiere fotografías de la misma persona en situación de quietud facial y en el momento en que la audición intencional comienza, pudiendo fácilmente notarse en unas que la comisura labial correspondiente aparece estirada del lado del oído en función, habiendo notado el autor en algún caso la existencia de verdaderos espasmos en la misma comisura, algo parecido á lo observado por Stumpf en el orbicular de su hijo.

Sería curioso el estudio de las galerías artísticas para ver si dentro de la pintura tenía representación semejante fenómeno, que fisiológicamente es una comprobación de la unión de los núcleos centrales, acústico y facial, como afirman Held y Kölliker.

II. El conducto auditivo externo experimenta variaciones en su calibre, de naturaleza patológica, que llegan hasta la obturación completa y que constituyen un problema terapéutico de solución difícil y hasta imposible en ocasiones. Dejando aparte aquellos estrechamientos y obstrucciones debidos á la existencia de osteomas y exostosis, y los que reconocen por fundamento deformaciones congénitas cuyo estudio no importa al presente, y que sería de largo desarrollo nada pertinente al caso, tropezamos con una serie de casos en los que una lesión del conducto de naturaleza dérmica es la causante de la

estrechez, merced á una exagerada producción de tejido fibroso que llega hasta el periostio y retrae la piel en forma concéntrica hasta casi obliterar la luz del conducto, tal sucede con los eczemas crónicos inveterados de naturaleza seca, que son tan resistentes á todo tratamiento.

Una segunda serie y esta es la más numerosa y la más interesante, está ligada por modo íntimo á la otitis media supurada crónica. Este padecimiento destructor por las cualidades irritantes que á veces posee el pus, favorecidas por su fácil estancamiento, engendra en el conducto en unos casos exulceraciones superficiales, cuyo fondo se hace granuloso y hasta polipóideo, llegando á constituir masas conglomeradas que de todo el círculo de las paredes confluyen hacia el centro del conducto, pudiendo llegar á experimentar una transformación fibrosa y contraer entre sí adherencias que, si la virulencia del pus llega á faltar y, por lo tanto, su poder destructor, pueden constituir formaciones definitivas que se retraen concéntricamente para estrechar y obstruir la luz del conducto.

La otorrea crónica, cuya lesión fundamental no es superficial sino que penetra en la mucosa de la caja hasta el mismo hueso para el que hace de periostio, llega á estrechar el conducto auditivo externo aun sin lesionar superficialmente su capa cutánea, por un procedimiento inverso, es decir, la inflamación del fondo de la mucosa de la caja y la septicidad de los productos retenidos actúan sobre la prolongación natural hacia el exterior, que es el periostio del conducto auditivo externo, el cual prolifera y se engruesa llegando á constituir esas estrecheces infundibuliformes que por el obstáculo que oponen á la salida del pus son una indicación suficiente para la cura radical de la otorrea, sin que olvidemos que muchas veces esa lesión perióstica se hace osteógena, haciendo el tratamiento mucho más difícil.

Otra forma de estenosis del conducto auditivo externo es de naturaleza traumática y se observa á menudo desde que la cura radical de la otorrea se viene practicando, en aquellos casos en que ha existido descuido en el tratamiento post operatorio y se ha consentido una cicatrización viciosa.

De naturaleza parecida será la estenosis engendrada por un traumatismo accidental, cuya evolución cicatrizal no está vigilada con el conocimiento previo de las complicaciones posteriores.

A esta última serie, de mayor rareza y constituyendo un caso único en la literatura médica, pertenece el publicado por el doctor Otto Schwidop en los *Archiv für Ohrenheilkunde*.

En una interesante publicación hecha por Schwartze en los mismos *Archivos*, sobre la estrechez y obstrucción del conducto auditivo externo y su tratamiento, se sugiere la idea que el Dr. Schwidop pone en ejecución en su caso personal. En esa publicación dice el Dr. Schwartze que, para aquellas estrecheces y obstrucciones del conducto no ligadas con una supuración ni lesión ósea, puede ser aplicado el mismo tratamiento que para las primeras, en las que la práctica de la cura radical de la supuración causante de la atresia simplifica el tratamiento, destruyendo á un tiempo la causa y el efecto. Para tal fin y evitar la reproducción de la obstrucción, propone, no sólo excindir el tejido cicatrizal sino escoplar la pared ósea del conducto auditivo externo, el que vendría á ser tratado de un modo parecido á lo que autoplásticamente realizamos en la operación radical de la otorrea crónica.

El caso que publica el Dr. Schwidop es demostrativo de lo racional de tal sugestión.

Un hombre de treinta y cinco años, experimenta un traumatismo que casi le desprende el pabellón auricular por herida desgarrante de arriba á abajo y transversal, siguiendo un proceso de curación, cuyos incidentes no nos interesan, pero cuya finalidad es la obstrucción del conducto auditivo externo de origen cicatrizal, sintiendo el enfermo sordera, sensación de taponamiento muy molesto y zumbido.

El Dr. Schwidop, para el restablecimiento del conducto, desprende el pabellón auricular, practicando una incisión mastoidea, como para la cura radical, viendo que el fondo del conducto auditivo externo, convertido en una cavidad cerrada, se había llenado de una masa blanda, conservando íntegra la membrana timpánica. Hecho esto, incinde crucialmente la cicatriz que obstruye la luz del conducto, y excinde los colgajos resultantes. Incinde la pared posterior del conducto cutáneo, como se practica para la cura radical, á cuya incisión cruza otra vertical á nivel del pabellón, procediendo en todo como para la operación autoplástica, que termina el *Stacke-Schwartze*.

Con una gubia escopla la pared posterior del conducto óseo, procediendo desde la cara externa mastoidea hacia el fondo, y levantando en delgadas capas el hueso, con lo que el conducto resulta ensanchado.

Una vez reaplicado el pabellón y suturado, rellena con gasa yodofórmica todo el calibre del conducto, hasta cicatrización. Por último, para obtener una permanente permeabilidad del orificio de en-

trada, obtiene un molde de yeso del conducto, con el que se fabrica una pieza de caucho, que el enfermo mantiene en posición sin irritación alguna de la parte, hasta que se consigue la permanencia de un diámetro suficiente y la seguridad de la no retracción posterior de la cicatriz.

III. Desde Cruveilhier, que ya en su *Anatomía patológica del cuerpo humano*, hacia el año 1840, ya trató del *tumeur perlée*, hasta hoy día, muchos autores han torturado su imaginación para descifrar el enigma del colesteatoma, tumor heterólogo de naturaleza epitelial, y que desarrollado en las cavidades del oído medio, manifiesta un crecimiento circular excéntrico, destruyendo la caja ósea que le contiene é invadiendo las cavidades próximas, donde su desarrollo puede ocasionar fenómenos de gravedad por la categoría funcional de los órganos que compromete.

Este tumor, que hoy podemos admitir como indiscutible, que reconoce por fundamento la existencia anterior de una supuración crónica del oído medio, que favorece la metaplasia epitelial que del elemento cilíndrico pasa al plano epidermoidal, tiene un modo de crecimiento por la agregación de nuevas capas epiteliales periféricas, que vienen sobreponiéndose á las antiguas, dando origen á una formación al estilo de las capas de una cebolla.

Parecía lógico al tratar de su crecimiento adherirse á la opinión de Panse, según la que la neoplasia atrofiaría su cubierta ósea, mediante la presión lenta y continuada que sobre ella ejerciera, pero como nunca falta un disidente, aparece un trabajo de Ephrain (de Breslau), *Zum Mechanismus des Wachstums der Cholesteatome* aparecido en los *Archiv. für Ohrenheilkunde*, en el que no parece conforme con semejante teoría.

No admite el autor semejante teoría basándose;

1.° En que las preparaciones microscópicas del periostio que rodea la masa colesteatomatosa, en vez de manifestar signos de atrofia, muestran una manifiesta hiperplasia de todos los vasos.

2.° Apoyándose en que el núcleo del colesteatoma no manifiesta carácter alguno atrófico, niega la posibilidad de que las manifestaciones destructivas puedan realizarse en la periferia.

3.° Reflexionando el autor que el desarrollo del colesteatoma encontraría más facilidades en la dirección de la caja timpánica y del conducto auditivo externo, por ser los puntos que ofrecen menor resistencia, encuentra este hecho en contradicción con el crecimiento por presión excéntrica, siendo así que la masa neoplásica aumenta

más bien en los sitios en que la resistencia ósea es más considerable.

4.° Refiere el autor una observación personal de un voluminoso colesteatoma, tratado según los principios más generalmente admitidos, dejando una abertura retroauricular permanente, observando que moldes de parafina, obtenidos de la cavidad operatoria de seis en seis meses, muestran un manifiesto aumento de volumen, ascendiendo desde 6 $^3/_4$ cent. cúb., que era en un principio, hasta 7 $^1/_4$, 7 $^3/_4$ y 8'25 cent. cúb., capacidad á la que había llegado al año de vaciado el colesteatoma.

Preciso es confesar que los argumentos aducidos por el doctor Ephraim, parecen convincentes, por lo menos á primera vista, y sobre todo si tenemos en cuenta los datos aducidos en la última argumentación. Es claro que también podríamos oponer á estas razones otras de no menos peso; si el tumor crece más bien en la dirección de la capa ósea que en la de la caja y conducto auditivo externo, seguramente es debido á que en el primer sentido es donde reside la capa formadora del tumor perlado; si la cavidad del operado de Ephraim creció aun sin existir la supuesta masa compresora, debemos tener presente que, durante el transcurso de la observación, fueron extraídas masas de nueva formación de colesteatoma parietales, las que si bien no serían capaces de ejercer compresión, no puede asegurarse que estuvieran desprovistas de alguna influencia atrofiante sobre la corteza ósea. Sea de ello lo que quiera, hacemos constar que el autor se coloca del lado de Hirschner, admitiendo que el crecimiento se realiza por invasión vascular, isquemia y necrosis consecutiva.

IV. Un problema de interés en determinadas ocasiones es el de poder precisar con exactitud la vía que el aire sigue en los movimientos de la respiración, para orientarnos en la senda terapéutica que debemos emprender. La inspección sola de las fosas nasales y la abertura bucal, no es siempre por sí sola lo bastante para afirmar hasta qué punto el aire sigue una ú otra vía en los movimientos respiratorios, dándose casos en los que, permaneciendo la boca entreabierta, es, sin embargo, perfectamente suficiente, la respiración nasal, y á la inversa, con una fosa nasal perfectamente amplia, puede estar en pleno desarrollo una funesta respiración bucal.

Con el objeto de averiguar de un modo gráfico los diferentes grados que puede ofrecer cada una de estas dos modalidades de la respiración, ha construído el Dr. Courtade un sencillo instrumento, al

que llama pneumodógrafo, basado en la propiedad que tiene el vapor de agua exhalado en la expiración de empañar un vidrio que se exponga á su corriente. Este aparato se compone de tres láminas, una vertical que viene á situarse delante de la boca, otra horizontal colocada por debajo de las aberturas nasales, existiendo una tercera vertical que, situada en la continuación del tabique nasal, viene á dividir en dos campos iguales el total de la lámina horizontal.

Con este aparato, basta un minuto para obtener sobre las láminas la impresión que deja el vapor de agua exhalado, pudiendo, con ayuda de un papel impresionado con un color de anilina, obtener un trazado ó gráfica que demuestre la cantidad de aire que pasa por cada una de las vías que consideramos y la igualdad ó desigualdad de las fosas nasales entre sí.

De no escasa utilidad nos parece este sencillo instrumento, pero sin duda, cuando su aplicación puede encontrar mayor ventaja, es siempre que, después de operar las vegetaciones adenoides de la nasofaringe, permanezca todavía la boca entreabierta y necesitemos conocer si es utilizada para la respiración ó bien tan sólo permanece en tal situación por efecto del hábito contraído.

V. Al Dr. Redondo, según aparece en una publicación del Dr. Botella, hecha en el *Boletín de Larincología, Otología y Rinología* del Dr. Cisneros, debemos un mecanismo sencillo de cloroformización en las operaciones laríngeas, ideado con el fin de evitar los inconvenientes que ofrece el tubo de Trendelenburg.

Nada mejor podemos hacer para describir el procedimiento, que copiar algunos párrafos del trabajo del Dr. Botella, que dice: «El aparato no puede ser ni más sencillo, ni de más fácil manejo, y hasta puede ser improvisado en el momento. Consiste en un frasco graduado, depósito del cloroformo, cuyo tapón tiene dos tubuluras de metal, una que llega hasta el fondo del frasco y que da entrada al aire inyectado por las pelotas de un pulverizador cualquiera, cuyo tubo de goma enchufa en aquél; la otra tubuladura, que es la de desprendimiento, no pasa del extremo inferior del tapón y sirve para dar salida al aire cargado de vapores clorofórmicos y que sale por un tubo de goma de dos metros de largo, que enchufa por un extremo en esta tubuladura, y por el otro en un tubo de metal encorvado casi en ángulo recto, á unos tres ó cuatro centímetros de su extremidad y de cinco á seis milímetros de diámetro, que puede ser perfectamente una sonda uretral, y que se introduce en la cánula. El frasco, que tiene un pequeño gancho, puede colgarse del ojal de la blusa;

una mano comprime las pelotas que inyectan el aire, y la otra introduce el tubo en la cánula, haciendo respirar al enfermo los vapores clorofórmicos, graduándose éstos á voluntad con dos pequeñas llaves que tienen las tubuladuras y que pueden dar toda, média ó cuarto de corriente, pudiéndose ver á cada momento la cantidad real de cloroformo gastado en las graduaciones del frasco.

Las ventajas del procedimiento del Dr. Redondo son indiscutibles:

1.° No dificulta la respiración, que es fácil y libre;

2.° No embaraza el campo operatorio, puesto que el tubo introducido en la misma cánula está sostenido por una mano alejada de aquél 0'15 metros ó más, si se quiere, permaneciendo él solo en posición si así se desea, manteniéndose el cloroformizador á distancia suficiente para vigilar la cloroformización sin estorbar la maniobra de los demás ayudantes;

3.° Puede vigilarse mejor la anestesia, pues en cada momento sabemos la cantidad de cloroformo gastado;

4.° Economía de cloroformo; no se gasta más que el necesario, con gran ventaja de los ayudantes, que con los otros procedimientos salíamos medio cloroformizados;

Y 5.° Economía de tiempo; la anestesia se hace de una manera rápida y se mantiene con gran facilidad.

VI. Habiendo tenido oportunidad, los Dres. Mouret y Denoyes (de Montpellier), de tratar dos enfermos afectados de afonía y varios con ruídos de oídos, por el empleo de las corrientes de alta frecuencia, han obtenido resultados que les han parecido dignos de la publicación, por lo que, en la *Revue Hebdomadaire de Laryngologie, d'otologie et de Rhinologie*, ha aparecido un trabajo sobre tan interesante asunto.

Haciendo historia de la cuestión debemos tener presente, que las corrientes de alta frecuencia, se utilizan según cuatro diferentes maneras:

1.ª Aplicaciones directas ó por derivación, en las que el paciente está en relación con las dos extremidades del solenoide del aparato productor;

2.ª La autoconducción, en la que el enfermo, colocado sobre un gran solenoide recorrido por descargas oscilantes, está sometido á corrientes inducidas de gran poder;

3.ª Aplicación por condensación, en la que estando el enfermo en relación con una de las extremidades del solenoide del aparato pro-

ductor, está acostado sobre un colchón aislador que del lado opuesto tiene una lámina metálica en comunicación con la otra extremidad del solenoide, constituyendo el enfermo una armadura de un condensador.

4.ª Las aplicaciones locales bajo forma de efluvio ó chispa.

De estas cuatro formas, los autores tan sólo hacen mérito de las aplicaciones directas y del efluvio, siendo las otras dos más bien modificadoras de la nutrición.

Por medio de estos dos procedimientos han tratado dos casos de parálisis recurrencial que habían resistido á los demás procedimientos de aplicación de la electricidad, obteniendo éxitos completos.

Observación primera. — Mujer de cuarenta y tres años, voz muy alterada, cuerda vocal derecha en posición cadavérica. Bocio desarrollado, sobre todo á expensas del lóbulo derecho de la glándula. La galvanización resulta inútil. Sometido á las corrientes de alta frecuencia de una intensidad de 400 á 500 miliamperes con una duración de sesión de diez minutos, se obtiene mejoría lenta de la voz hasta su curación, habiendo empleado un total de 17 aplicaciones directas y 22 sesiones de efluvios.

Observación segunda. — Hombre de veinticinco años que contrae un resfriado que al cabo de una semana ocasiona profunda afonía, presentando una coloración roja de la mucosa laringea, estando las cuerdas un poco gruesas, moviéndose difícilmente la mitad derecha del órgano, quedando una parálisis vocal derecha una vez desaparecidos los fenómenos congestivos. A pesar de los diversos tratamientos empleados, entre los que no faltó la electrización, el estado de la laringe permaneció inmutable hasta que se utilizaron las aplicaciones directas de alta frecuencia, empleando una intensidad de 400 á 500 miliamperes. Bajo la influencia de este tratamiento, bien pronto la voz comienza á ser más fuerte, y desaparece la sensación de sequedad y constricción laringea. Progresando la mejoría sin interrupción, de modo que á los dos meses de tratamiento, la movilidad de la cuerda era completamente normal, habiendo practicado un total de seis aplicaciones directas y doce sesiones de efluvio. Estas observaciones parecen probar que las corrientes de alta frecuencia, consideradas con justicia desde las investigaciones de d'Arsonval, como un poderoso modificador de la nutrición general, ejercen también una influencia trófica local bien manifiesta.

Los autores han observado igualmente cierto número de enfermos

afectados de otitis esclerosante que sufrían de ruídos subjetivos, á los que han sometido á las aplicaciones locales, habiendo observado en todos ellos, inmediatamente después de la aplicación, una disminución del murmullo auricular, la que se acentuaba más con el progreso del número de sesiones.

La cesación permanente del ruído no lo han obtenido más que en un solo caso en un enfermo que sufría hacía diez años y al que, después de ocho meses de suspensión de las sesiones de electrización, no habían vuelto á molestar los ruídos.

En ningún caso han podido notar una mejoría manifiesta de la audición.

Estas observaciones, poco comprobantes en algunos de los extremos apuntados, son, sin embargo, dignas de tenerse en cuenta, teniendo presente, sobre todo, que se trata de padecimientos en los que la terapéutica viene distinguiéndose hasta la fecha por su absoluta ineficacia.

VII. En la Sociedad americana de Laringología, Otología y Rinología ha presentado el Dr. Peyne (de San Francisco) una comunicación sobre la anestesia general en las operaciones de la cabeza, obtenida por las inyecciones subaracnoideas de cocaína, que, como es sabido, sólo venían obteniendo éxito para la anestesia de los tramos infraumbilicales.

La experiencia personal del Dr. Peyne comprende solamente diez casos, pero ha tenido ocasión de presenciar 270 casos operados por el Dr. Morton, habiendo obtenido la certeza de que la inyección subaracnoidea de cocaína practicada en la región lumbar, puede producir la anestesia de todo el cuerpo. Para obtener este resultado basta dirigir la aguja hacia arriba é impulsar la inyección con fuerza y rapidez.

Se refrigera previamente la piel entre la tercera y cuarta vértebra lumbares, empleando el cloruro de tilo, teniendo cuidado de no practicar la inyección antes de aparecer el líquido cefalorraquídeo. Para operar sobre la cabeza basta inyectar de 20 á 25 gotas de una solución de cocaína al 2 por 100, empleando una preparación fresca y esterilizada, siendo necesarios de veinte á treinta minutos para obtener una anestesia satisfactoria de la cabeza.

La utilidad que tal procedimiento de anestesia pudiera reportar á la oto-rino-laringología es cuestionable, faltando una amplia experiencia sobre la materia, pero no dudamos que, de confirmarse las afirmaciones de Peyne, la operatoria mastoidea y de la caja timpá-

nica, la de las fosas nasales y cavidades accesorias, y sobre todo la operatoria laríngea, resultarían un tanto simplificadas con la supresión de la cloroformización.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

TRATADO TEÓRICO-PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS, por el doctor D. Francisco Criado y Aguilar, Catedrático de Enfermedades de la infancia en la Universidad central. — Madrid, 1902.

La aparición de esta importante obra es, por sus especiales condiciones, un acontecimiento científico. Enemigos, por delicadeza moral invencible, de establecer comparaciones cuando juzgamos un trabajo cualquiera, no hemos de romper nuestra costumbre en la presente ocasión, pero sí diremos que el Tratado de Pediatría que nos ocupa arranca á nuestra pluma conceptos laudatorios de la más estricta justicia. Su originalidad, tanto en la fijación de límites como en el desarrollo de las diferentes materias que el autor estudia como constitutivas de esta especialidad, la belleza de la frase, la claridad de la exposición, la abundancia de doctrina, la profundidad del pensamiento, tan analítico como razonador que informa el estudio de las causas, de las patogenias, de los tratamientos, y el sentido práctico que en toda la obra resplandece, la revisten de un mérito verdaderamente excepcional, pues presta al que la lee valiosos elementos de criterio clínico, que dotan al médico de esa perspicacia inquisitiva tan necesaria á la cabecera del paciente, rodeando el ejercicio de la medicina de la seguridad que es inherente al convencimiento lógico que informa nuestras determinaciones.

No hemos de analizar punto por punto los aspectos de esta publicación, ceñida en todo á las cuestiones exclusivas de la especialidad. Esto nos llevaría demasiado lejos y fines poco prácticos si el análisis se hiciera al detalle. Nuestro objeto es solamente dar cuenta de una publicación nacional, de mérito extraordinario por las ideas que acabamos de apuntar.

El índice de la obra señala cómo el autor ha logrado circunscribir

en un Tratado, la enseñanza de lo que es exclusivo de la especialidad, dejando aparte capítulos que, por sistema, se incluyen en otras obras sin más razón que la de ser observadas en la clínica infantil. Da á cada uno de los que estudia la medida conveniente para amoldarse á los límites de este especial estudio, y discute con criterio independiente los juicios clínicos imperantes, exponiendo el suyo, reforzado con la exposición de casos clínicos.

Divide la obra en dos secciones: una que titula Paidología, en la que trata de los límites de la especialidad y del estudio anatomo-fisiológico é higiene del niño en toda su extensión, y otra, titulada Paidopatía, que abarca la etiología y terapéutica del niño en lo general, para ocuparse luego de la patología especial del recién nacido, de los vicios de conformación, de las enfermedades comunes á todos los períodos de la infancia, que comprende: las fiebres eruptivas, las enfermedades del sistema nervioso, las del aparato digestivo y las del aparato respiratorio, para concluir con un capítulo titulado de *enfermedades diversas*, en el cual incluye variadas expresiones patológicas de difícil encaje en grupo de clasificación unas, y otras, demasiado cortas en su variedad, para formar dentro de la especialidad un capítulo de aparato ó sistema, por ser consecuente en la idea de amoldarse á lo característico de la Pediatría.

Todo esto desarrollado en una extensión de 1130 páginas, elegantemente impresas, hace una obra voluminosa, tal como exige el desarrollo de la especialidad actualmente y el plan del autor, que ha reflejado en ella el resultado de veintidós años de enseñanza y de trabajo sobre estos asuntos profesionales.

El acto realizado por el distinguido Catedrático de San Carlos al dar á luz esta extraordinaria publicación, merece la gratitud de la clase médica en general, y la felicitación respetuosa de quien sinceramente expresa estas impresiones.

Es, en síntesis, la obra de un maestro.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La adrenalina y la dienina en oftalmologia.—En los *Archivos de Oftalmologia Hispano-Americanos*, la Dra. Arroyo de Márquez (Madrid), se expresa en los siguientes términos respecto del primer medicamento :

«El producto usado ha sido la disolución al 1 por 1000, que viene de los Estados Unidos en frascos de unos 30 gramos de capacidad y que después diluíamos por 1, 2, 3, 4 y hasta 5000 en el momento de hacer la aplicación á los enfermos. La solución que más frecuentemente hemos usado, ha sido la de 1 por 4000. Sabido es que el vehículo de la solución originaria es la normal de cloruro sódico, con una pequeñísima cantidad de cloretona, substancia esta última ligeramente anestésica y germicida.

Conviene conservar las disoluciones al abrigo de la luz, para lo cual viene en frascos de color de caramelo, y no hacer las nuevas más diluídas, sino en el momento que precede á su aplicación.

El medicamento, por la acción de dicho agente sufre una transformación algo análoga en la apariencia, á la que experimentan las disoluciones de eserina, pues va tomando un color al principio ligeramente rosado, que se acentúa en los días sucesivos. En cuanto á la esencia íntima de esta transformación, no ha sido estudiada hasta el presente y no parece modificarse la acción del medicamento por esta causa. Aunque no muy numerosas nuestras investigaciones, confirman en su mayor parte las de otros colegas, en lo que sefiere al rápido y poderoso efecto isquemiante local, que es tal en algunos ojos, que éstos parecen de cera ; tal es la blancura que adquieren á los pocos momentos (generalmente antes de un minuto) de instiladas unas cuantas gotas de la disolución al 1 por 4000. Mas dicha acción no es siempre la misma, y varía algo, según las circunstancias.

Las hiperemias superficiales de índole activa desaparecen totalmente y sólo quedan algunos vasos gruesos que se perciben muy disminuídos en su tronco.

En casos do pústulas desaparece también el pincel vascular, excepto en los dos ó tres troncos gruesos inmediatamente en contacto con el botón pustuloso.

En las iritis (dos casos) hemos observado que palidece bastante la superficie ocular, pero no llega á desaparecer del todo la vascularización profunda á pesar de que en un caso hemos empleado la solución originaria al 1 por 1000.

En tres casos de queratitis parenquimatosa, los vasos, tanto periqueráticos como corneales se borraban casi totalmente, y la córnea dejaba transparentar mucho mejor la pupila.

En dos casos post operatorios de catarata, la vascularizanión existente

alrededor de la cicatriz, desaparecía totalmente con la disolución al 1 por 4000 en pocos momentos.

En un caso de úlcera de la córnea con hipopión, en otro de leucoma ulcerado con hiperemia del iris, observados en Palencia, la vascularización desaparecía totalmente.

No hemos tenido ocasión de usar el medicamento en ningún caso de glaucoma.

El efecto es siempre transitorio y á la hora y algunas veces antes, la vascularización aparece de nuevo.

La impresión que deducimos es que *contrae los vasos con tanta más energía cuanto más pequeños y superficiales son, y menos cuanto más gruesos y profundos.*

Esta acción isquemiante puede utilizarse para disminuir transitoriamente la intensidad de ciertos procesos que, por la persistencia de la hiperemia, podrían producir trastornos nutritivos de importancia. En estos casos, puede prescribirse en instilaciones, cuyo intervalo se calcula de modo que una instilación coincida con la reaparición de la hiperemia reaccional por agotamiento de la acción del medicamento instilado en la vez anterior. Creemos que en tales casos este modo de aplicación es el más racional, del mismo modo que cuando aplicamos el frío localmente, pues tanto en un caso como en otro *la continuidad en la aplicación* es indispensable para evitar la reacción que produce aún mayores perjuicios que la acción primitiva.

Desde luego es muy racional su empleo, asociada á la cocaína en las operaciones, para hacer á la vez la isquemia y la anestesia previas.

Puédese también, sin inconveniente alguno, asociarse á otros medicamentos oculares, como los midriásicos, miósicos, etc.».

Respecto de la acción de la *dionina* el Dr. Márquez dice que sus observaciones son en número de 24 hasta la fecha y se refieren á afecciones dolorosas del polo anterior del ojo, en las cuales se han ensayado la dionina en vista de las afirmaciones de Darier y de otros autores, como analgésico ocular local.

La dionina ó clorhidrato de etilmorfina es el homólogo superior del de metilmorfina (codeína) y del de morfina, los cuales poseen, como es sabido, además de sus propiedades analgésicas generales, la de atenuar ó suprimir también en más ó menos grado, el dolor local.

La forma usada ha sido la disolución al 5 por 100 las más veces, cuando éramos nosotros mismos los que hacíamos la aplicación del remedio, ó al 1 ó al 2 por 100 cuando se lo prescribíamos al enfermo, asociado generalmente á otros medicamentos para instilar varias veces durante el día.

Los resultados han sido variables. En el mayor número de casos han sido reales y efectivos respecto á la calma del dolor.

En otros casos, los menos, la disminución del dolor ha sido ligera ó nula. Recuerda entre ellos dos de panoftalmía consecutivos á antiguos leucomas adherentes, en uno de los cuales el alivio fué débil, y en el otro no se obtuvo ningún resultado. Se comprende, dada la dificultad de absorción del medicamento por el estado de la conjuntiva y de la córnea, á través de los cuales ha de realizarse. También resultó ineficaz en un caso de iritis intensa del lado derecho. No ha tenido ocasión de ensayarla todavía en casos de glaucoma.

Los mejores resultados, se han observado en los casos de úlcera de la córnea, de diversa naturaleza. Ha hecho, además, la observación de que en varios de ellos, en los que había á la vez gran blefarospasmo rebelde á la atropina, éste ha desaparecido á la vez que se obtenía el efecto analgésico. Este último, por lo demás, no es permanente, sino transitorio, pues el dolor vuelve á las pocas horas, observándose que al día siguiente, los enfermos vuelven, por lo común, como antes de la instilación del remedio. También ha notado que el hábito parece establecerse pronto, siendo los efectos algo menos marcados en los días sucesivos. No en balde se trata de un derivado de la morfina.

En algunos casos de conjuntivitis catarrales con placas equimóticas ha instilado en uno de los ojos la dionina y en el otro el sulfato de zinc á 1 por 200, sin que haya encontrado en el primero las ventajas que se le asignan respecto á la reabsorción de la sangre extravasada.

Ha comprobado respecto á su *acción fisiológica* el gran quemosis que produce (y que asusta si no se está prevenido), así como la ligera dilatación pupilar que produce después de unos minutos. Los enfermos, en más ó en menos grado, se han quejado, en el acto de la instilación, de un escozor grande en unos casos, y en otros poco perceptible, pero siempre fugaz.

El quemosis citado, que puede muy bien considerarse como experimental, no se acompaña de ningún trastorno por parte de la córnea, lo cual viene en apoyo de que las graves alteraciones de esta membrana que se observan en ciertas afecciones conjuntivales agudas (conjuntivitis purulenta, por ejemplo), no son debidas á la compresión *mecánica* que sobre los vasos se hace en la periferia, sino tal vez á la acción de los gérmenes mismos ó de sus toxinas, que obran al nivel de la córnea como en el resto de la superficie ocular.

En resumen: *la dionina es un eficaz analgésico ocular local casi siempre, pero su acción es pasajera y puramente sintomática.*

«La dionina dice el Dr. Márquez, junto con la acoína, el orthoformo y algún otro, son los primeros términos de un grupo de analgésicos oculares de acción local, que tal vez servirá de punto de partida para el hallazgo de otros *analgésicos locales* en otros órganos, grupo casi desconocido hasta el presente en terapéutica; pues no cabe, por una parte, considerar como tal á la cocaína, á pesar de los grandes servicios que nos presta, por ser solamente un anestésico que no obra ú obra muy poco sobre mucosas inflamadas, y en lo referente á los medicamentos que en formas para su uso externo (linimentos, bálsamos, etc.) se usan desde tiempo inmemorial en las afecciones dolorosas de las articulaciones, músculos, etc., más que por sí mismos parecen obrar por las maniobras mecánicas (fricciones, *massage*, etc.), empleadas al aplicarlos.

Bien es verdad, que tampoco puede afirmarse que la analgesia local, en cuanto al ojo se refiere, sea asunto completamente nuevo, pues de antiguo se conocen los colirios, en los que, asociado ó no á otros medicamentos, entra el extracto tebáico como sedante del dolor». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 14 *de Octubre de* 1902.

Tracciones rítmicas de la lengua. — El Dr. *Laborde* dijo que á propósito de la muerte de un célebre novelista producida al parecer por la intoxicación oxicarbonada y de la supuesta ineficacia de las tracciones rítmicas de la lengua, iba á hacer un estudio fisiológico de dicha intoxicación y á referir hechos inéditos respecto á este caso especial.

En sus primeras comunicaciones se había ocupado ya de la utilidad de este medio de tratamiento en la sumersión, la asfixia y la intoxicación oxicarbonada. Al poco tiempo el Dr. Seurre (de Saint Malo), salvó tres enfermos por las tracciones rítmicas de la lengua, en primer lugar á un niño que estuvo sumergido debajo del agua quince minutos, después tuvo bronconeumonía y, por último, asfixia por el tufo desprendido de un brasero.

En el segundo caso se trataba de una mujer intoxicada por el óxido de carbono y salvada por un aduanero que practicó las tracciones rítmicas de la lengua por espacio de cuarenta minutos.

El tercer caso se refiere al envenenamiento oxicarbonado en un hombre y una mujer que intentaron suicidarse. El hombre tardó poco en curar, pero la mujer quedó durante tres días entre la vida y la muerte, cesando de respirar á cada momento á pesar de las inhalaciones de oxígeno y respirando únicamente cuando se practicaban las tracciones rítmicas de la lengua. La enferma se restableció al fin. Este caso ha sido publicado por el Dr. Auffray.

Después refirió el Dr. Laborde dos casos de intoxicación por el óxido de carbono y otro por el gas que había servido para hinchar un globo.

Respecto á Zola no ha podido el Dr. Laborde obtener datos seguros. Según el Dr. Bernard que fué el primer médico llamado, el aspecto de Zola era el de un cadáver: pálido, la boca abierta, sin pulso ni respiración. Su esposa tenía por el contrario una coloración ligeramente sonrosada, aunque no respiraba y estaba sin pulso. El Dr. Bernard empleó durante veinticinco á treinta minutos las tracciones rítmicas de la lengua, y á la vez el método de respiración artificial de Silvester. La enferma se salvó gracias únicamente á las tracciones rítmicas de la lengua. En Zola se practicaron en vano durante media hora. Estaba ya muerto cuando empezaron á practicarse.

En resumen, las tracciones rítmicas de la lengua pueden, según se ve, prestar grandes servicios aun en el caso de intoxicación oxicarbonada y hasta evitar la muerte si la intoxicación no está muy avanzada.

Hipertrofia prostática y arterioesclerosis. — El Dr. Guépin: La hipertrofia prostática es frecuente en los arterioesclerosos. Se ha creído durante mucho

tiempo que las lesiones de la próstata son consecutivas á las alteraciones arteriales. Desde 1894 he demostrado que esta hipótesis se halla en contradicción con los hechos, porque las lesiones vasculares dependen únicamente de la esclerosis, pero las transformaciones del tejido prostático de naturaleza, de origen y de evolución glandulares, reconocen la esclerosis únicamente como causa auxiliar y secundaria.—(*La Med. Moderne*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 15 *de Octubre de* 1902.

De la prostatectomía. — El Dr. Legueu: La observación que recientemente ha referido aquí el Dr. Proust, me permite volver sobre la cuestión de la prostatectomía desde tres puntos de vista. Por lo que se refiere á la técnica de la operación, me conformo con la que ha sido indicada por el doctor Proust, y recordaré en particular que la abertura de la uretra me parece necesaria, puesto que permite hacerse cargo mejor de sus relaciones, de la próstata y de la cápsula aponeurótica. Abierta la uretra, se procede con más facilidad al aislamiento de la próstata y á su separación de la cápsula aponeurótica, que reseco por completo, puesto que es malo dejar restos de ella. Para la ablación de la próstata, la hago en masa mientras es posible, puesto que otras maniobras las encuentro defectuosas; una vez extirpada, se ven el lóbulo medio y el canal de la uretra más ensanchados y es útil hacer una resección parcial para evitar que se forme un divertículo. Esta operación, que completo con el desagüe, el cual evita una fístula de larga duración, es simple y rápida y no expone á ningún accidente. He practicado 12 prostatectomías seguidas de 11 curaciones y una muerte; esta última tuvo efecto en un hombre de setenta y dos años, cuya mucosa vesical estaba friable y ulcerada; se presentaron hemorragias, y el enfermo murió intoxicado. Obtuve buen resultado en dos retenciones agudas, en dos retenciones crónicas y completas, en dos retenciones crónicas é incompletas; en un tercer caso de éstos hubo incontinencia nocturna y diurna temporal; entre los últimos operados, cuya mejoría ha sido muy notable, hasta el punto de poderla considerar en tres como curación, uno tenía hematuria, que no ha sido corregida por la prostatectomía. Esta operación, que puede considerarse ahora como de elección, tiene sus contraindicaciones y sus indicaciones. Entre las primeras, es necesario citar la edad; más allá de los setenta y dos años es preferible no practicarla. También conviene abstenerse si hay lesiones vesicales ó renales é infección, aunque ésta mejore algunas veces si se trata de disuria sin retención; creo que es prudente contemporizar en los casos en que la próstata es poco voluminosa y los accidentes poco pronunciados. La operación está indicada si hay disuria con retención aguda y próstata grande; en los casos de retención crónica completa con próstata voluminosa, si no hay esclerosis vesical; en ciertos casos de retención crónica é incompleta, aunque estando prevenido acerca de las dificultades que puede ofrecer algunas veces el cateterismo ulterior; y por último, en ciertos calculosos

cuya próstata voluminosa representa una causa provocadora de nuevos cálculos. Teniendo en cuenta estas indicaciones, la prostatectomía no ha de ser ni precoz ni tardía.

El Dr. Albarrán: Por lo que se refiere á la técnica, contrariamente al Dr. Legueu, soy partidario de la fragmentación de la próstata, puesto que los resultados ulteriores me parece que son mejores y la separación de dicho órgano de la uretra es difícil y del otro modo se evitan más fácilmente las lesiones de vecindad. Es necesario abrir sistemáticamente la uretra, puesto que esta maniobra permite ver mejor y evitar accidentes; también considero necesario el desagüe. Los resultados lejanos que he obtenido son los siguientes: de 42 prostatectomías he obtenido 41 curaciones, prueba de que la operación está exenta de peligros. De estos 41 he continuado viendo 30: 4 con retención completa reciente, curados; 14 con retención incompleta, de los cuales 8 padecían desde medio á un año y se obtuvieron 5 curaciones, 2 mejorías y 1 conserva un residuo, y 5 operados desde doce á catorce meses y se obtuvieron 3 curaciones, 1 mejoría y 1 resultado nulo; y 12 con retención crónica completa, 11 curaciones y una incontinencia de orina.

De las perforaciones apendiculares.—El Dr. Reynier: Al final de la sesión anterior, el Dr. Legueu presentó el apéndice perforado de un niño de cinco años que sucumbió bruscamente. A los cinco días del comienzo de los accidentes éstos habían desaparecido y el curso seguía en apariencia normalmente cuando de repente el niño tuvo vómitos, timpanismo abdominal, aceleración de pulso, enfriamiento y á las pocas horas murió; en la autopsia se encontró un apéndice perforado en el seno de un absceso profundo y una peritonitis generalizada; una operación en el comienzo habría tal vez salvado al niño. Este hecho, por interesante que sea, no prueba nada. Cada uno de nosotros, intervencionista ó no, ha tenido casos desgraciados, y es mucho más preferible una estadística que la publicación de casos aislados. Por lo demás, los detalles de la observación no los conocemos, é ignoramos si se buscó la presencia de pus, lo cual es de mucha importancia, puesto que cuando el pus existe, ninguno de nosotros contemporiza; al contrario, la expectación, la vigilancia continua, constituyen para cierto número de casos la mejor conducta clínica. En patología apendicular, sentar reglas absolutas es hacer terapéutica de gabinete.

El Dr. Chaput: A la observación del Dr. Legueu he de dirigir algunas observaciones. He observado un joven de diecinueve años que súbitamente tuvo dolores ilíacos vivos con vómitos y elevación de la temperatura; hice la incisión de la apendicitis y encontré una peritonitis generalizada que se desarrolló en poco tiempo; después del desagüe, el enfermo curó. Otro enfermo tuvo un primer ataque, que se trató por la expectación, y algunas semanas después tuvo otro ataque y le operé, encontrando el peritoneo lleno de pus y á pesar de esto el enfermo curó. En otro caso, se trataba de otro joven que había tenido dos ataques de apendicitis; tres semanas después del último practiqué la apendicectomía y encontré el apéndice largo que contenía un absceso en su terminación; la operación fué simple, pero al día siguiente se presentaron hemorragias abdominal y vesical y no tardó el enfermo en sucumbir, después de muchos ataques de uremia. En la autopsia hemos encontrado los dos riñones gruesos y blandos.

El Dr. Legueu: Lejos de ser peligroso, creo que el hecho que he referido lleva consigo una útil enseñanza, aunque sea aislado; yo no puedo citar otros ni engendrar una estadística, puesto que tengo la costumbre de operar en los primeros momentos:—(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 8 *de Octubre de* 1902.

El agua oxigenada como medio depilatorio. — El Dr. Gallois: Se han propuesto diversos medios contra la hipertricosis: la depilación mecánica, las pastas depilatorias, la electrolisis, etc. De estos métodos, los unos son dolorosos y los otros casi son irritantes ó peligrosos. El agua oxigenada suministra un procedimiento simple, inofensivo é indoloro de hacer desaparecer los pelos muy visibles. Habiendo leído que el agua oxigenada permitía decolorar las pecas, la empleé con este objeto, y en el curso de estos ensayos ví que era capaz de destruir los pelos anormalmente pigmentados. Por lo demás, se sabe desde hace tiempo que el bióxido de hidrógeno aplicado en los cabellos les decolora y permite, suspendiéndolo en momento oportuno, darles ese tinte veneciano tan buscado en estos últimos años. He aquí cómo procedo: se moja un pedazo de algodón en agua oxigenada y se le aplica en la región que se quiere depilar durante algunos minutos, y esta aplicación se renueva todos los días hasta obtener el resultado apetecido: supongamos que se trata de pelos del labio superior; pues rápidamente palidecen y no constituyen más que un vello incoloro absolutamente imperceptible; si se persiste en las aplicaciones, dichos pelos se rompen y desaparecen. El único inconveniente es que el agua oxigenada quema la ropa con la cual se pone en contacto, del mismo modo que quema el pelo, y que, como que éste no es destruído, es necesario repetir las aplicaciones.

El Dr. Leredde: Es necesario una experiencia más larga para juzgar si estas aplicaciones de agua oxigenada no son irritantes, puesto que del propio modo que ejerce una acción destructiva sobre los pelos, puede destruir la capa córnea tegumentaria. Falta, además, saber si el agua oxigenada estimula ó no la reposición de los pelos.

El Dr. Gallois: En una mujer que se sirve regularmente durante un año del agua oxigenada para la depilación, no he observado hasta el día ningún indicio de irritación cutánea, y tampoco ha sido activada la reposición de los pelos.

El Dr. Danlos: Cuando se emplea el agua oxigenada como decolorante de la cabellera, generalmente esta última se hace menos espesa; el bióxido de hidrógeno parece más bien disminuir que estimular la reposición de los cabellos. Según mi experiencia, su acción sobre las efélides es nula.

El Dr. Bardet: Tampoco he obtenido ningún resultado del empleo del agua oxigenada contra las efélides que se encuentran protegidas por una capa epidérmica; pero después de haber levantado esta capa protectora por medio de un escarificador fino, desaparece la efélide bajo la influencia del

bióxido de hidrógeno. Este hecho no podría servir de base á un procedimiento terapéutico por razones fáciles de comprender.

Inyección subcutánea de cafeína como coadyuvante de la sangría en la asistolia.—El Dr. Le Gendre: Se sabe que en los sujetos cuya presión sanguínea es muy débil (edema pulmonar agudo, asistolia), es decir, en las condiciones en que la flebotomía encuentra su indicación más urgente, la sangría no suele dar resultado; una vez incindida la vena, apenas salen algunas gotas de sangre, y después se suspende por completo el derrame sanguíneo. Pues bien, en estas circunstancias me he convencido de que basta hacer una inyección hipodérmica de 0'20 á 0'25 gramos de cafeína para obtener casi inmediatamente la salida de un chorro de sangre por la herida venosa y poder realizar de esta suerte una sangría tan abundante còmo se quiera; también se puede practicar la inyección inmediatamente antes de proceder á la flebotomía.

Inyecciones mercuriales en la sífilis. — El Dr. A. Renault: En 1868 Liégeois, bajo la influencia de la impulsión dada por Lewin, de Berlín, sometió sus sifilíticos á las inyecciones de sublimado (1 centígramo de sal por 1 gramo de agua), excluyendo todo tratamiento externo. Si los enfermos no se fugaban por los dolores que ocasionaban las inyecciones, con este procedimiento desaparecían bien los accidentes, pero no más pronto que en las salas de Simonet bajo la influencia del protoyoduro. De todos modos, algunas manifestaciones mucosas eran rebeldes al nuevo método y era preciso volver al uso del nitrato de plata. Por otra parte, Despres, que no tomaba en consideración la infección sifilítica general y sólo se ocupaba de los accidentes locales, conseguía limpiar los genitales cubiertos de placas mucosas con tres ó cuatro cauterizaciones con una disolución, á partes iguales, de cloruro de zinc, procedimiento muy doloroso y eficaz. Yo he empleado las inyecciones de benzoato y de calomelanos; en dos casos de sífilis grave secundaria, el benzoato de mercurio ha resultado completamente ineficaz, y en otro de la misma clase, cuatro inyecciones de 10 centígramos de calomelanos, practicadas con diez días de intervalo, fueron bien soportadas, pero sólo ejercieron muy poca acción, y tres días después de la última se presentó una iritis seria. En dos individuos con chancro fagedénico, las inyecciones de calomelanos no han suspendido la marcha de la lesión; en tres casos de sífilis secundaria confluente, han dado buen resultado en dos y ninguno en el tercero. Contra los accidentes terciarios graves, dichas inyecciones me han parecido excelentes, pero también estoy muy satisfecho de las fricciones con el ungüento napolitano. Por lo demás, las inyecciones tienen graves inconvenientes, puesto que provocan dolores, impotencia funcional del miembro durante cinco ó seis días, nudosidades, accidentes de intoxicación, etcétera. Por lo tanto, como dice el Dr. Fournier, las inyecciones mercuriales no pueden entrar en la práctica corriente de la sífilis.

El Dr. Danlos: Aunque participo en gran parte de las opiniones emitidas por el Dr. Jullien, no me atrevería á afirmar, como él, que la superioridad de los calomelanos se observa en todos los períodos de la sífilis. ¿Tienen realmente el poder de abortar la sífilis *ab ovo?* No he practicado ensayos, pero creo legítima la duda. En cambio, en el período secundario, en las sifílides exantemáticas rebeldes, el empleo comparado de las fricciones y

de las inyecciones no me ha parecido que daban la ventaja á los calomelanos; en estas condiciones, no les he visto la influencia heroica que ejercen en ciertas lesiones terciarias. Las inyecciones de mercuriales solubles las considero como un método de excepción.—CODINA CASTELLVÍ.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

(Continuación)

Tuberculosis genital.—El Dr. A. MARTÍN (de Greigswald): La cuestión de la tuberculosis genital se ha hecho de actualidad desde que Hegar publicó en 1886 su notable trabajo, y además, los ginecólogos no han querido quedarse atrás en el gran movimiento del estudio de la tuberculosis.

Para hacer con seguridad el diagnóstico es necesario descubrir el bacilo de Koch.

Los órganos genitales de la mujer padecen tuberculosis con más frecuencia de lo que se cree.

La infección tuberculosa puede localizarse y desarrollarse en cualquier punto del aparato genital.

La aparición de la tuberculosis en los órganos genitales puede ser primitiva; la forma secundaria es mucho más frecuente.

El bacilo de la tuberculosis se introduce á veces por la vulva (infección ascendente); pero con más frecuencia por las partes superiores (infección descendente).

Es probable que la infección proceda muchas veces del intestino, bien directamente, ó por los ganglios ó el peritoneo.

Los órganos genitales pueden infectarse también por la sangre.

En todas las formas de tuberculosis la infección puede extenderse de una manera continua ó propagarse á saltos.

Por lo general, son atacadas á la vez varias partes, dejando entre ellas zonas sanas.

La tuberculosis cura á menudo en el punto de origen, en tanto que el proceso aumenta de intensidad en los órganos genitales.

Las afecciones crónicas puerperales, las blenorrágicas y sifilíticas, crean en los órganos genitales una especie de predisposición. Lo mismo ocurre para la distrofia y la hipoplasia.

No se conocen aún los síntomas patognomónicos.

Cuando una lesión inflamatoria de los órganos genitales está asociada á una afección tuberculosa en otros órganos, debe sospecharse también la presencia de la tuberculosis en los órganos genitales.

El examen anatómico es el único que permite hacer un diagnóstico seguro.

En la mayor parte de los casos puede hacerse el diagnóstico por la presencia del bacilo de la tuberculosis.

A falta de éste muchos autores creen que basta la comprobación del tubérculo al microscopio.

El pronóstico es siempre grave, pero sólo desesperado en los casos de destrucción extensa.

Cuando la enfermedad es extensa y, sobre todo, cuando se ha propagado á otros órganos, no queda más recurso que el tratamiento general y combatir cada síntoma en particular.

Cuando la enfermedad está localizada en los órganos genitales y el foco hace progresos alarmantes, su extirpación, y á veces hasta la de todo el aparato genital, debe practicarse, porque es la única esperanza de curación.

El Dr. J. A. Faure (de París): Creo, sin recurrir á estadísticas, siempre engañosas, que la tuberculosis genital es más frecuente de lo que se cree. Tiene un gran interés para los cirujanos, porque somos los llamados á combatirla.

Las lesiones histológicas que puede producir el bacilo de Koch nos interesan menos que las macroscópicas, que podemos observar mientras operamos. Estas son las que dictan nuestra conducta y guían nuestra mano.

Estas lesiones se asemejan sobre manera á las que se observan en otros padecimientos tuboováricos, con tendencia quizá más acentuada á la invasión del peritoneo, que puede en ciertos casos ser asiento de lesiones mucho más importantes que las primitivas.

Esta afección, que modifica de un modo tan particular la fisonomía de la pelvis, carece de sintomatología propia, así que es inútil hacer un cuadro de la tuberculosis genital.

La *evolución* no suministra datos muy precisos. La tuberculosis de los anejos se desarrolla sin producir grandes dolores ó bien aparece en medio de fenómenos agudos. Puede complicarse con infecciones secundarias.

Todos los fenómenos físicos y los trastornos funcionales se combinan de tal modo que, intentar diferenciarlos clínicamente, resulta un trabajo estéril.

En la práctica la tuberculosis genital se reduce á la de los anejos, y sus síntomas se confunden por completo con los de la salpingoovaritis crónica, de los que es casi imposible diferenciarlos en clínica.

Tratamiento.—Estamos todos conformes en principio sobre la necesidad de intervenir. Diferimos sólo en el modo de practicar la intervención. Cada cirujano obra según el concepto que tenga de una operación cuyo resultado es en resumen la extirpación completa de los órganos enfermos. Todos los medios que permiten obtener este resultado no tienen el mismo valor, y la elección de los procedimientos operatorios tiene más importancia de la que suele dársele. En los casos fáciles todos los procedimientos son buenos, pero en los difíciles y complicados, como son en general los de la tuberculosis de los anejos, no sucede así. Hay, en estas condiciones, procedimientos tipos superiores unos á otros, y es lo que voy á demostrar.

No insisto sobre las *indicaciones terapéuticas*. Es indudable que todo foco de tuberculosis genital debe ser destruído. Esta regla no tiene más excepciones que las comunes á toda intervención y que se resumen en la imposibilidad, por parte de la enferma, de soportar una operación.

Sabemos que por regla general las salpingitis crónicas deben ser extirpadas, porque en las condiciones de la cirugía actual se corren muchos menos riesgos extirpando las trompas y el útero afectados de infección general que

abandonándolo á su evolución natural. En la tuberculosis de los anejos la indicación operatoria es más urgente aún. Un foco de anexitis tuberculosa tiene todos los inconvenientes y todos los peligros de un foco de anexitis ordinaria. Pero constituye, además, un riesgo permanente de infección tuberculosa, y aunque á veces está permitido contemporizar en el caso de una anexitis antigua que ha pasado el período de agudeza, poco dolorosa y, en resumen, casi inofensiva, no es posible curar un foco de tuberculosis siempre grave y siempre amenazadora, y en cambio, puede hacerse desaparecer por una operación cuyos peligros, aunque efectivos, no pueden compararse con las ventajas que se obtienen.

Todo foco de tuberculosis genital debe, por lo tanto, extirparse.

Es necesario reconocer que la indicación operatoria rara vez se plantea en estos términos. Sabemos cuán pocas veces se conoce antes de operar la naturaleza exacta de la enfermedad. Y como la operación precede casi siempre al diagnóstico, es indudable que la intervención se practica de ordinario como si se tratara de una anexitis crónica simple.

Tuberculosis del cuello uterino.—En un caso, raro por lo demás, la conducta que debe observarse es sencillísima, por ejemplo, cuando se trata de una tuberculosis del cuello uterino diagnosticada clínicamente. Si hay motivos para creer que la tuberculosis está localizada exclusivamente en el cuello, el mejor tratamiento es la destrucción con el termocauterio, ó si se quiere la extirpación del cuello á cierta altura, mejor con las tijeras que con el bisturí.

Tuberculosis del útero.—Es imposible en realidad saber hasta dónde se extienden las lesiones, y por poco que la mucosa cervical parezca invadida, por poco que se afecte la cavidad uterina, creo que es necesario ir más lejos y extirpar el útero si se quiere tener seguridad completa de suprimir el foco tuberculoso, porque el raspado más enérgico y la termocauterización son medios ilusorios ó insuficientes.

He practicado en muchos casos la histerectomía vaginal. Cuando el útero no es muy voluminoso, y, sobre todo, es móvil y sin adherencias que se opongan á su descenso ó puedan desgarrar la vejiga, cuando no hay duda en la necesidad de sacrificarlo, es una operación maravillosa, por ser fácil, rápida, elegante, benigna, y exigir sólo algunos minutos. Pero es preciso que la extirpación pueda ser fácil y completa y que los anejos estén sanos, porque si bien es permido en ciertos casos de supuraciones pelvianas agudas practicar la histerectomía vaginal dejando en el abdomen los anejos ó fragmentos de ellos, que se esclerosan curando la enferma, no sucede así en los casos de tuberculosis en los que la extirpación debe ser radical y completa.

Si el útero está algo adherido, si desciende mal, si los anejos son voluminosos y hay motivos para creer que están invadidos, se procederá como si se tratara de anexitis tuberculosa, recurriéndose á la vía alta en las condiciones que indicaré.

Tuberculosis de los anejos.—Indicaciones terapéuticas.—La tuberculosis genital se localiza casi siempre en las trompas y en los ovarios, y debo referirme, por lo tanto, al tratamiento de la tuberculosis de los anejos. Todo foco de tuberculosis desarrollada en éstos, debe extirparse extensamente.

Si están enfermos sólo los anejos de un lado, no se tocará á los del opuesto y se respetará el útero, pero sacrificando siempre sin remordimientos lo

que parezca sospechoso. La castración debe ser total en todos los casos de anexitis crónica, no sólo porque el útero sirve para prolongar los fenómenos dolorosos, sino porque en los casos difíciles, cuando hay adherencias de los anejos, la extirpación del útero favorece la operación.

En la anexitis tuberculosa, lo mismo que en todas, recurro á la vía abdominal, porque es la única que permite hacer el diagnóstico exacto y practicar operaciones parciales cuando deben conservarse los anejos de un lado ó el útero. Es la única que permite, cuando se hacen operaciones extensas, practicarlas completas y limpiar la pelvis de todos los focos morbosos que contenga.

Sólo se exceptúan de esta regla los casos de ataques agudos ó subagudos que complican la tuberculosis de los anejos. Pueden presentarse infecciones secundarias que originan supuraciones pelvianas de marcha rápida, alarmante y hasta mortal. La infección tuberculosa desaparece ante la séptica. Esta es la amenazadora y la que debe tratarse. En estos casos se recurrirá siempre á la vía vaginal, sea cual fuere la extensión de las complicaciones pelvianas. Las supuraciones sépticas agudas con fiebre y síntomas de infección grave, deben evacuarse y desaguarse por la vagina. En las infecciones peritoneales graves es preferible la vía vaginal haciendo el desagüe por la colpotomía ó por la gran brecha que deja la histerectomía. En estos casos graves y á veces desesperados, la histerectomía vaginal es una operación dificilísima y muy penosa, que exige por parte del cirujano paciencia, energía y habilidad, pero es heróica y se obtienen con ella resurrecciones.

Lesiones unilaterales, salpingectomía. — Cuando las lesiones son unilaterales, el mejor procedimiento es el que permite extirpar los anejos con menos riesgos y destrozos. Siempre que sea posible se atacarán los anejos por debajo, procurando desprenderlos de abajo á arriba. De este modo es mucho más fácil separarlos de los órganos, con quienes están adheridos. Separados así los anejos y dirigidos hacia arriba, el pedículo superior es el que contiene los vasos uteroováricos, se aisla el mismo por la simple tracción sobre los anejos, y es mucho más fácil cortar por el sitio más adecuado que cuando es necesario irle á buscar directamente en medio de las adherencias que le disimulan.

Ahora bien, sólo hay un modo de atacar los anejos por abajo cuando no se extirpa el útero al mismo tiempo. Es necesario dividir primero sus inserciones al útero que le impiden elevarse y dislocarse. El primer tiempo de la extirpación de los anejos debe ser el aislamiento de su pedículo uterino y su sección. Cuando este pedículo perdido entre las adherencias no es accesible, como ocurre en ciertos casos complicados, es preciso para encontrarle recurrir á maniobras preliminares muy variables, pero que tienen todas por objeto buscar el fondo del útero, único punto de mira fijo y fácil de reconocer en una pelvis llena de adherencias. Descubierto el fondo del útero, se le atrae con una pinza que le eleva, lo que facilita las maniobras. Se busca el cuerno uterino del lado enfermo, se secciona entre dos pinzas el pedículo de los anejos y tirando de éstos hacia arriba y afuera, se les ataca por debajo y se les desprende. Si las adherencias con los órganos inmediatos son fuertes y numerosas las dificultades, pueden ser grandes, pero nunca tanto como cuando se atacan los órganos de frente.

El ligamento ancho es abierto así á todo lo largo de su borde superior: se ligan aisladamente los vasos que sangran, se cierra el peritoneo por una sutura con catgut á punto por encima, que forma de nuevo el borde superior de dicho ligamento, reconstituyendo así en lo posible la serosa, á veces muy lesionada, y se termina la operación como de costumbre.

Lesiones bilaterales.—Histerectomía abdominal subtotal.—La conducta que debe seguirse varía cuando las lesiones son bilaterales. Es indudable que en algunos casos podrá recurrirse á la extirpación de los anejos de ambos lados procediendo para cada uno de ellos como acabo de indicar. Pero esta conducta tiene por necesidad que ser excepcional. En principio, es preciso extirpar todo, practicar á la vez que la ablación de los anejos la del útero que puede estar afectado y que es más perjudicial que útil.

Prefiero la *histerectomía supravaginal ó subtotal* á la total. Las ventajas de la primera son tan grandes, sobre todo, desde el punto de vista de la facilidad de la hemostasia y, por consiguiente, de la rapidez de la operación, que estoy convencido de su superioridad.

Es indudable que si el cuello está enfermo ó se sospecha que lo está, debe extirparse con el resto del útero, practicando así la ablación total. Pero los casos de tuberculosis del cuello son tan excepcionales que su extirpación está indicada rara vez.

Es, por lo tanto, evidente para mí que siempre que se trate de practicar una histerectomía abdominal con extirpación de los anejos enfermos, es preciso preferir los procedimientos que atacan de abajo á arriba el bloque del útero y de los anejos que va á extirparse, y sobre todo los que permiten dejar libre el centro de la pelvis, suprimiendo ó desviando el útero antes de atacar á los anejos.

Es verdad que de este modo no se curan todos los casos, pero se obtienen resultados admirables en algunos.

Conviene no olvidar el tratamiento general.

El Dr. Amann (de Munich): La gran dificultad es debida al sitio primitivo de la tuberculosis genital, y las diferentes estadísticas formadas sobre el particular son variables en alto grado. Un foco de tuberculosis es en realidad primitivo cuando no existe otro en el organismo, comprobación que sólo puede hacerse en la autopsia.

1.° La infección tuberculosa congénita se transmite á través de los vasos sanguíneos, y siendo capaz de localizarse en cualquier órgano, es admisible su localización en el aparato genital. Algunas formas de tuberculosis genital en las niñas tienen precisamente este origen, pero aun en estos casos los gérmenes se fijan, primero en los ganglios y de ellos penetran en el aparato circulatorio. Las niñas que padecen tuberculosis congénita de los órganos genitales viven poco; es posible, sin embargo, que las manifestaciones sean precedidas de un período latente, largo.

2.° En las niñas de más edad, como también en las adultas, el bacilo suele penetrar por los órganos respiratorios, es decir, por los ganglios cervicales y traqueobronquiales, con ó sin lesión de la puerta de entrada; en casos mucho más raros, la infección primitiva se manifiesta en las vías digestivas á través de los ganglios del mesenterio. A consecuencia de la degeneración caseosa de los ganglios aumenta el número de los bacilos de un modo con-

siderable, y desde ellos, á causa de la erosión de los vasos sanguíneos, penetran en la sangre y después se localizan en los diversos órganos, formando en ellos focos secundarios.

3.° Se ha probado que el foco primitivo de los ganglios puede experimentar la transformación regresiva más ó menos acentuada, y hasta hacerse calcáreo, mientras que los focos secundarios, situados en órganos predispuestos de un modo especial (huesos, riñones, aparato genital), siguen aumentando y pueden á su vez ocasionar la tuberculización por la vía sanguínea y provocar la tuberculosis miliar.

4.° Entre las vías de inoculación de la tuberculosis genital en la mujer, sólo la sanguínea se ha demostrado con seguridad, y son aquellos casos de tuberculosis en que no están afectados el intestino y el peritoneo.

5.° La tuberculosis genital en la mujer va casi siempre acompañada de tuberculosis de los pulmones ó de los ganglios peribronquiales. Los cambios de forma que presentan las trompas, etc., en los casos comprobados de tuberculosis de origen sanguíneo, son análogos á los cambios típicos de la tuberculosis de los órganos genitales en general.

6.° La predisposición de los órganos genitales á la tuberculosis es mayor en el sexo femenino; en el hombre el 3 por 100 de las afecciones tuberculosas interesan los órganos genitales; en la mujer esta proporción es de 20 por 100.

7.° La hipoplasia de los órganos genitales aumenta en ambos sexos la predisposición á la tuberculosis (en 80 casos de hipoplasia de estos órganos en la mujer, se han observado 24 de tuberculosis genital) (Merletti). Parece que las alteraciones crónicas inflamatorias (la blenorragia y el puerperio) aumentan también esta predisposición. La tuberculosis genital en la mujer rara vez es consecutiva á la propagación del proceso tuberculoso del peritoneo ó del intestino, ó por la vía de los vasos linfáticos.

8.° El órgano que se afecta antes y con más intensidad es casi siempre la trompa. La infección se propaga de ella al útero, al cuello, á la vagina, siguiendo el derrame de las secreciones de la mucosa genital. Los mismos órganos pueden afectarse á la vez ó por brotes sucesivos.

9.° La existencia de la tuberculosis primitiva genital de la mujer, á consecuencia de inoculación directa, es todavía objeto de discusiones.

10. Los casos que se citan como ejemplo de tuberculosis genital primitiva son todos susceptibles de objeciones graves. No debe atribuirse gran importancia sobre este particular á los resultados del examen clínico ó de la operación, sino más bien á la autopsia, siempre que se practique con el fin de descubrir todos los focos que pueda haber ocultos en los diferentes órganos.

11. La extensión de las lesiones tuberculosas en el aparato genital no es un argumento capaz de decidir si se trata de tuberculosis primitiva ó secundaria.

12. El paso de los microbios de la tuberculosis, que no están dotados de movimientos propios á la trompa, puede explicarse con la cooperación de los espermatozoides. El esperma de los individuos tuberculosos puede contener bacilos aun en los casos en que no existe foco específico alguno en los órganos genitales.

Los bacilos siguen siempre la corriente de la secreción y deben, por con-

siguiente dirigirse de arriba á abajo; los espermatozoides, al contrario, siguen una dirección opuesta.

Es necesario, por lo tanto, admitir que los microbios de la tuberculosis están como adheridos á los espermatozoides. Por lo demás, el epitelio vibrátil no puede ejercer influencia alguna sobre éste.

Las investigaciones de Pinner han demostrado que los corpúsculos son transportados con rapidez por las corrientes líquidas en el útero y la vagina á través de la trompa.

13. Se ha dicho que el bacilo podía introducirse por los órganos genitales durante el coito; esta opinión es poco verosímil. Creo que las relaciones sexuales con un tubrculoso son más bien peligrosas por el riesgo que se corre de contraer la infección por otras vías, sobre todo por las respiratorias, que por el peligro que entrañan en sí.

14. Son rarísimas las manifestaciones tuberculosas primitivas de las partes externas del aparato genital ó de la vagina con infarto de los ganglios. Deberán admitirse para los casos que algunos autores consideran como procedentes de la inoculación por el tejido paravaginal.

15. Creo que debe concederse una gran importancia á las observaciones de anatomía patológica. Bollinger, von Recklinghausen, Ribberts, Albrecht (de Viena), Schmaur, Schmorl, Aschoff (de Munich), manifiestan no haber observado un solo caso de tuberculosis genital primitiva en la mujer.

La denominación de forma ascendente y descendente para la tuberculosis genital es inexacta, porque aun en los casos que se designan con el nombre de tuberculosis genital primitiva y, por lo tanto, ascendente, la trompa es el primer órgano afectado.

Cuando hay tuberculosis genital en mujeres con atresia de la vagina debe eliminarse la posibilidad de la infección exógena.

La profilaxis de la tuberculosis genital, lo mismo que la pulmonar, se funda en el aumento de resistencia del organismo; en evitar, en lo posible, las probabilidades de infección y en el tratamiento de las afecciones predisponentes.

El Dr. J. Veit (de Leyden): Fundándome en gran número de estadísticas admito que:

1.° Que la tuberculosis genital es más frecuente de lo que se creía antes;

2.° Existe indudablemente una forma primitiva de tuberculosis genital, pero la secundaria es la más común;

3.° La patogenia de la tuberculosis genital es descendente en la mayor parte de los casos; sin embargo, la infección puede manifestarse también por la vía sanguínea ó linfática á consecuencia de lesiones accidentales;

4.° El diagnóstico debe en lo posible fundarse en la preferencia del microbio de la tuberculosis; la comprobación directa del tubérculo basta en ciertos casos;

5.° La tuberculosis genital puede curar espontáneamente;

6.° En la tuberculosis genital primitiva ó aislada, el mejor tratamiento de que disponemos en la actualidad es la operación radical;

7.° En la forma no localizada ó secundaria de tuberculosis genital, la terapéutica está representada ante todo por el tratamiento general, sobre todo en los establecimientos *ad hoc* (Sanatorios), pero es necesario admitir tam-

bién que en ciertas circunstancias la intervención quirúrgica produce resultados satisfactorios y durables;

8.ª Como tratamiento paliativo, es preciso conceder el primer lugar al yodoformo.

Respecto á la peritonitis tuberculosa, admito las conclusiones siguientes:

La peritonitis tuberculosa es siempre secundaria. Reviste dos formas: una ascítica y otra adhesiva.

La alteración de los órganos genitales puede ser primitiva, secundaria ó estar limitada exclusivamente á la tuberculosis de las túnicas serosas de los órganos genitales.

Toda peritonitis que va acompañada de nódulos muy generalizados, cuando no es secundaria á la presencia de tumores de los ovarios ó de un cáncer, debe sospecharse como de naturaleza tuberculosa.

La peritonitis tuberculosa es susceptible, aunque rara vez, de curación espontánea.

La peritonitis tuberculosa puede curar por la laparotomía; los fracasos son debidos, en la mayor parte de los casos, á la presencia de afecciones tuberculosas en otros puntos del organismo.

Ignoramos cómo se obtienen estas curaciones; creemos como muy probable que son debidas á la influencia ejercida por el suero normal ó que ha adquirido propiedades antitóxicas.

Desde el punto de vista terapéutico, se operarán los casos de peritonitis recientes siempre que se manifiesten trastornos; si se opera demasiado pronto, se corre el peligro de tener que practicar otra segunda operación.

Los casos de peritonitis crónica deben tenerse en observación; si no se observa tendencia á la curación, se operará á la enferma.

La operación consistirá en la laparotomía, practicada á lo largo de la línea blanca, en evacuar el líquido y en cerrar la cavidad del abdomen. Sólo cuando haya, además, focos tuberculosos localizados en los órganos genitales, se practicará á la vez la operación radical abdominal.

El Dr. *Gutiérrez* (de Madrid) intervino en la discusión diciendo, que si bien cree con los Dres. Martín, Veit y Amann, que la tuberculosis genital es casi siempre secundaria, no dejan de presentarse casos de metritis y salpingitis tuberculosas primitivas y quizá aumenten con el tiempo si se hacen con todo rigor los análisis histológicos y bacteriológicos de los productos de todo raspado uterino así como de toda extirpación radical.

En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* correspondiente al mes de septiembre de 1899, publicamos dos casos de salpingitis tuberculosa primitiva, en jóvenes que no ofrecían estigmas tuberculosos en el resto del organismo, y en la misma *Revista* correspondiente al mes de marzo del año actual, dió á conocer el Dr. Lizcano otro caso de nuestra consulta relativo á una endocervicitis tuberculosa primitiva, ampliando su estudio en otro trabajo robre la «Anatomía patológica de las metritis» que se publicó en el mismo número.

No fué posible en todos encontrar el bacilo de Koch al lado de las lesiones histológicas típicas; pero la demostración del tubérculo bien definido basta, á juicio nuestro, para hacer la clasificación, ya que este asunto se halla hoy en período de estudio.

En cuanto á la terapéutica de la tuberculosis genital, hay que ser radical, tratándose del útero y de los anejos; sólo la extirpación completa del órgano garantiza la curación. Si se trata de una peritonitis tuberculosa, la cirugía puede dar muchas veces resultado satisfactorio en la forma ascítica; pero en la forma adhesiva nuestra intervención sólo puede ser eficaz para las complicaciones (compresión y estrangulación intestinal) que no por eso dejan de reproducirse. Ante un caso de granulia peritoneal, con proceso tuberculoso de las trompas, es muy difícil asegurar si éste fué primitivo y aquella secundaria ó viceversa, por más que lo ordinario sea que la peritonitis siga á la salpingitis tuberculosa.

El tratamiento médico y sobre todo el régimen higiénico que dé resistencia al organismo, vence muchas veces en la peritonitis tuberculosa y determina la curación.

El Dr. Spinelli (de Nápoles): He observado 81 casos de tuberculosis genital, y admito que esta enfermedad es primitiva y más frecuente de lo que se cree. En tres de estos casos el marido padecía tuberculosis pulmonar, y en uno tuberculosis del testículo.

El puerperio obra como factor etiológico en la difusión de la tuberculosis genital, á veces latente.

En la mayor parte de los casos se hizo el diagnóstico *clínico*, confirmado por el examen histológico y bacteriológico. Creo que es posible hacer el diagnóstico clínico de la perimetroanexitis tuberculosa por una serie de síntomas objetivos. Los órganos afectados con más frecuencia fueron la trompa y el ovario, participando casi siempre el peritóneo del proceso infeccioso. Fundándome en mi experiencia, creo que en la mayor parte de los casos la peritonitis tuberculosa de las mujeres es de origen genital.

Desde el punto de vista anatomopatológico, existe una forma lardácea nodular de peritonitis tuberculosa que puede confundirse con una neoplasia maligna, y muchas veces, el examen histológico de la mucosa uterina, practicado por histólogos competentísimos, ha hecho diagnosticar de adenocarcinoma en casos de tuberculosis uterina.

Creo que en sus formas limitadas la tuberculosis genital puede asimilarse á la ósea. Soy partidario de la cirugía conservadora, sobre todo en las lesiones localizadas del cuello.

El Dr. Pozzi: ¿Hay, en realidad, indicaciones para la histerectomía vaginal como pretende el Dr. Faure? En la tuberculosis, más que en todas las demás infecciones, desecho en absoluto la vía vaginal: 1.° Porque es peligrosa á causa de las adherencias intestinales; 2.°, porque sólo permite practicar operaciones incompletas. Aunque soy, en general, muy conservador, soy radical en absoluto en lo que se refiere á la operación. Es preciso extirpar siempre los anejos de los dos lados; es preciso también extirpar el útero y practicar la castración total para no dejar tejido uterino que puede ser tuberculoso. Toda operación incompleta en un tuberculoso puede favorecer la infección. Por este motivo rechazo todos los procedimientos que exigen la fragmentación del útero. Cuando se practica una operación incompleta por lesiones, que después se ve que son tuberculosas, no creo que deba operarse inmediatamente, sino esperar hasta que sea necesario. He observado algunos casos de tuberculosis del cuello, complicada siempre con lesiones

de otras vísceras. Si la tuberculosis pulmonar está avanzada, no debe operarse; si es dudosa, conviene recurrir á la extirpación total.

El Dr. Theilhaber (de Munich): Creo que la duración de la peritonitis tuberculosa después de la laparotomía, es debida principalmente á las adherencias que se forman á consecuencia de esta operación.

El Dr. S. Gottschalk (de Berlín): Es muy difícil conocer el sitio donde principia la tuberculosis genital é imposible casi siempre decidir si el contagio es directo y ocasionado por el esperma de un tuberculoso. Es fácil también que haya en otro órgano un foco pequeño que se desconozca. Creo que la hemisección está completamente contraindicada.

El Dr. Fargas de (Barcelona): Veo con gusto que sobre todo, por parte del Dr. Veit, vienen á confirmarse las conclusiones que en mi trabajo sobre la peritonitis tuberculosa, presenté en el Congreso de Moscou.

El Dr. Veit, al ocuparse de la peritonitis tuberculosa, sienta algunas de las conclusiones ya citadas, y apunta también la idea de que el proceso bacilar del peritoneo, pueda convertir el suero normal en antitóxico, idea que yo había también emitido para explicar esta especie de inmunidad de que pasan algunos enfermos con peritonitis tuberculosa.

También veo va ganando terreno la idea de que frecuentemente la peritonitis tuberculosa termina por curación espotánea y que la laparotomía no ejerce ningún efecto específico sobre la tuberculosis peritoneal.

Espero que la observación clínica irá confirmando todas las conclusiones que presenté en el trabajo citado, y sobre todo, por lo que toca al hidroperitoneum de la infancia que por deducción creía entonces era una tuberculosis peritoneal, y que de entonces acá, he tenido ocasión de comprobarlo en un caso típico, en el que paractiqué la laparotomía. La importancia de este hidroperitoneum ó peritonitis tuberculosa de la infancia, reside principalmente en la amenorrea y esterilidad, absolutamente incurables, que como consecuencia se presenta al llegar á la pubertad.

El punto de partida de la peritonitis tuberculosa, es casi siempre una anexitis bacilar que se extiende á la gran serosa.

El punto de predilección del aparato genital para la localización de la bacilosis, son los anexos del útero, principalmente la membrana serosa y la vía de contagio es la sanguínea. Los anexos del útero, son un *locus minoris resistentiæ* durante la infancia, y, sobre todo, durante la pubertad, como lo prueba la frecuencia de tales alteraciones en dicha época, y el presentarse en mujeres vírgenes á menudo, prueba la poca importancia que tiene el coito como agente de contagio. Las tuberculosis genitales consecutivas tienen menos importancia que las primitivas, y con ser muy frecuentes, no ofrecen tanto interés como aquéllas, bajo el punto de vista patogénico.

Indiscutiblemente, es más grave la forma de peritonitis seca que la húmeda: ésta es la que con mayor frecuencia cura espontáneamente; aquélla deja frecuentemente lesiones anatómicas de cuantía y puede adquirir una forma destructiva que produce con facilidad perforaciones viscerales.

La supuración en las anexitis y peritonitis tuberculosa, depende de una infección mixta que conduce á la supuración: en tanto esto no ocurre, no hay que desconfiar de ver desaparecer por reabsorción grandes masas tuberculosas peritoneales.

Las formas de peritonitis tuberculosas enquistadas por falsas membranas, son las más tardías á la curación espontánea, y las que con mayor frecuencia exigen la intervención quirúrgica.

Mis conclusiones actuales son, por tanto, las mismas que presenté en el Congreso de Moscou, y publicado más tarde en la *Revista de Ginecología de Rossi*.

El Dr. Martín (de Greifswald): Insisto sobre la dificultad de saber si se trata de un caso primitivo ó secundario. La anatomía patológica tiene una gran importancia como base de la intervención. No soy exclusivista respecto á la técnica operatoria, y dejo que cada cual emplee la vía que le parezca. Tampoco soy tan radical como el Dr. Pozzi, sino conservador.

El Dr. Amann (de Munich): Sólo el examen anatomopatológico da indicaciones operatorias fundadas. El tratamiento de la tuberculosis debe fundarse, sobre todo, en la investigación de los medios que emplea con tanta frecuencia la naturaleza para curar las lesiones tuberculosas, y así es como se encontrará el tratamiento electivo superior al quirúrgico.

El Dr. Veit (de Leyden): Las operaciones son siempre parciales desde el punto de vista anatómico. Además, el Dr. Pozzi no extirpa el pulmón en los casos de tuberculosis genital complicada con tuberculosis pulmonar. La peritonitis tuberculosa cura á veces por la insuflación de aire. Como estas insuflaciones no producen adherencias, éstas no son la causa de la curación, como supone el Dr. Theilhaber.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

(Continuará).

PERIÓDICOS

Falta de la respiración nasal, de origen funcional. — Según el Dr. L. H. Pegler, se encuentran enfermos que no respiran por la nariz, aunque el examen objetivo demuestra que no hay ningún obstáculo para ello ni en las fosas nasales ni en el espacio nasofaríngeo. Existen trastornos nerviosos de naturaleza histérica que dan origen á contracciones espasmódicas del velo del paladar y, por lo tanto, á una incomunicación entre la epifaringe por una parte y la mesofaringe y la cavidad bucal por otra. En una enferma en que este estado se había desarrollado por autosugestión, después de operaciones intranasales que habían tenido por objeto poner al descubierto las fosas nasales, bastó hacer pasar una cinta por la nariz y la boca, á fin de atraer hacia adelante el velo del paladar, para conseguir la curación.

(*Journ. of Laryng*).—R. del Valle.

Tratamiento de la leucorrea. — En la leucorrea catarral crónica no blenorrágica, el Dr. Dalché recomienda los lavatorios con el cocimiento de hojas de nogal (10 á 20 gramos por litro de agua) ó de hojas de eucaliptus á la misma dosis, agregando 4 gramos de bicarbonato sódico. Robin aconseja tres á seis gotas de láudano y cinco á diez de extracto de saturno ó una cucharadita de tanino por litro. Si el derrame persiste, se introduce en la va-

gina una candelilla pequeña ó un supositorio á base de yodoformo ó de ichtiol ó un tapón mojado en la preparación siguiente:

Glicerina	100 gramos.
Acido láctico	3 —

El supositorio es más fácil de manejar. Permanece aplicado durante la noche y por la mañana basta una simple limpieza. Puede emplearse la mezcla siguiente:

Almidón	20 gramos.
Bismuto	aa 5 —
Salol	

El Dr. Dalché acostumbra á emplear:

Polvo de ortoformo	Partes iguales.
— de dieformo	
— de talco	

Se usan también las gasas untadas de glicerolado de almidón, de resorcina, etc.

En la vulvovaginitis blenorrágica, están indicados el reposo en el lecho y los baños de asiento narcóticos y emolientes. El Dr. Dalché aconseja:

Hojas de belladona	aa 30 gramos.
— de yerba mora	
— de beleño	
Cabezas de adormideras	Núm. 2.

Se hacen hervir en la cantidad de agua necesaria para un baño de asiento, que se emplea tibio. En las mujeres se hacen inyecciones con el agua del baño, que es muy sedante. En las niñas es muy difícil hacer inyecciones vaginales. Sin embargo, se consigue practicarlas del modo siguiente: Colocada la enferma en la posición de la talla, se introduce el líquido en la vagina lentamente y con poca presión por medio de una sonda uretral de hombre algo larga, sonda que se une á un embudo de cristal. La inyección de un litro á litro y medio debe durar unos veinte minutos, repitiéndose mañana y tarde. Se emplea el permanganato de potasa al 4 por 1000 ó el sublimado al 1 por 10.000, *sin alcohol*. Contra la vulvitis primitiva, el Dr. Delché recomienda la pomada siguiente:

Mentol	5 centígramos.
Gayacol	50 —
Oxido de zinc	10 gramos.
Vaselina	30 —

Se aplica sobre la vulva y el periné, alrededor del ano, dos veces por día. No deben hacerse lavatorios con sublimado cuando se emplea el óxido de zinc, para que no se forme cloruro de zinc, que es cáustico y produce quemaduras muy dolorosas.

(*Journal de med. et de chir. pratiques*).—F. Toledo.

Glicosal.—Taeuber ha preparado con este nombre un ester monosalicilato glicerinado, que se presenta bajo la forma de un polvo blanco y cristalino,

que se funde á los 76° C., se disuelve al 1 por 100 en agua fría, con muchísima facilidad en la caliente, y es también soluble en el alcohol; en cambio, es algo menos soluble en el éter y en el cloroformo. Se mezcla con la glicerina y tratado con álcalis ó con carbonatos alcalinos, su ester se saponifica con mucha facilidad.

Obra como los salicilatos, pero molesta menos al estómago y rara vez produce zumbidos de oídos. Las pinceladas á las partes afectadas con una disolución alcohólica del medicamento al 20 por 100, producen una rápida absorción de los exudados en los casos de reuma articular agudo. Donde está más indicado el uso del nuevo medicamento, es en aplicación local en los casos de gonitis serosa.

Fórmulas.

Para uso interno:

Glicosal ..... 10 gramos.

Divídase en 20 sellos, para tomar uno cada media á tres horas con agua mineral, natural ó artificial, hasta que se presente el sudor.

Para uso local:

Glicosal ..... 30'00
Alcohol puro ..... 120'00

D. s. a. Para barnizar la articulación enferma.

Para aplicación rectal:

Glicosal ..... 4 á 10 gramos.
Mucílago de goma arábiga ..... } aa 100 —
Agua destilada ..... }
Tintura simple de opio ..... V á XX gotas.

Mézclese y agítese para dos enemas.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

El aceite de oliva contra la hiperclorhídria y la úlcera redonda del estómago. — El Dr. Walko (de Praga) ha expuesto en el Congreso de Médicos y Naturalistas alemanes los resultados favorables obtenidos en los casos de hiperacidez gástrica haciendo ingerir al enfermo (si es preciso, por medio de una sonda esofágica), 150 á 300 gramos de aceite de olivas por día. A las pocas semanas de tratamiento ha obtenido mejorías notables y hasta curaciones. Bajo la influencia del aceite, la secreción de ácido clorhídrico disminuye de un modo notable. Este tratamiento no perturba la digestión. El aceite á grandes dosis es útil también contra las estrecheces espasmódicas del píloro y contra la úlcera del estómago, en la que obra protegiéndola contra la acción irritante del quimo hiperácido. En la hiperclorhídria gástrica, el aceite, según la experiencia del Dr. Walko, es mucho más eficaz que los alcalinos, la belladona y la atropina.—(*Le Bull. Medical*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO GRAVE DE GLOSOPEDA TRANSMITIDA Á LA ESPECIE HUMANA

POR

D. SANTIAGO DÍAZ VARONA

Médico en Fresno de Río Tirón (Burgos).

Si la transmisión de la *Glosopeda* de los animales al hombre no fuera un hecho probado y admitido, lo sería desde hoy, al menos para mí.

Antes de Sagar se sospechaba la transmisión de la epizootia, pero él fué el primero que aseguró el hecho y lo atribuyó al consumo de la leche de los animales infectados. Los peligrosos experimentos de Reyer probaron la transmisión de las vesículas aftosas de las vacas. Los contagios de Bircher, Wulaen y Herving, y las epidemias descritas por Hulin y Chauveau, ratificaron tales ideas; pero fué preciso llegar á 1881 y 1883, en que Delest y Demme, respectivamente, vulgarizaron, por decirlo así, el principio de la transmisión de la glosopeda á la especie humana.

Es verdad que tales conquistas quedaron un tanto desvirtuadas á raíz de la epidemia de Eaglei, y de los trabajos de Perchi, Dageroff y Berus, pero las discusiones habidas en la Sociedad de Medicina de Berlín hace unos diez años, los estudios hechos por Pebre y publicados en su Tesis, y en nuestra patria los llevados á cabo algunos años antes por García Icarza, han venido á inclinar el ánimo de la mayoría hacia el convencimiento de que la transmisión al hombre de la infección glosopédica es un hecho positivo, real.

Se ha discutido en la Real Academia de Medicina de Madrid el diagnóstico hecho por el Dr. González Alvarez en una niña de diez años de edad, de glosopeda, transmitida probablemente por el consumo de leche de animal glosopédico, y si bien no se ha negado la

posibilidad de dicha transmisión, se ha puesto en tela de juicio la certeza en el diagnóstico, en virtud de no encontrarse el foco origen y de parecer á algunos fuera del cuadro nosológico de la glosopeda transmitida, el presentado por la enfermita del Dr. González Alvarez, habiéndose hecho algunas consideraciones profilácticas sobre el consumo de la leche y la conveniencia ó inconveniencia de tomarla esterilizada.

***

Por si pudiera servir de contribución á la historia de la glosopeda transmitida, me permito el honor de someter á la consideración de los lectores de la Revista de Medicina y Cirugía prácticas el siguiente caso que he tenido ocasión de observar en esta región, donde ha reinado una epidemia glosopédica del ganado vacuno.

Se trata de una mujer de treinta y ocho años de edad, casada y con hijos, de buena salud habitual, aunque algo hemorróica; natural y residente en el pueblo de Loranquillo (Burgos), á la que fuí llamado á visitar por encontrarse enferma hacía dos días, empezando á sentirse seriamente mal el 3 del mes de agosto último. Esta mujer no tiene antecedentes infecciosos ni patológicos de otro orden de ninguna especie, hecha excepción de las hemorroides, por las que la tengo en tratamiento hace algún tiempo.

A mi llegada, la enferma me explica con dificultad, pues apenas si puede hablar, efecto de una glositis grave con edema comprobada después, que hacía unos días se encontraba enferma, que había sentido varios calofríos, languidez general, dolores fulgurantes en los miembros inferiores, cefalalgia, mareos y un dolor muy intenso en la región umbilical, y que, habiéndose recrudecido dos días antes algunos de estos síntomas, se había visto obligada á meterse en la cama, solicitando mi asistencia. Tres días antes los labios y la lengua comenzaron á hincharse, siéndole molesta y hasta dolorosa la deglución, y habiendo sufrido aquel mismo día crisis asfíxicas.

Ante este cuadro sintomático algo vago, procedí al reconocimiento, resultando en esta mi primera visita lo siguiente: la temperatura había llegado á 39°,2, tenía 30 respiraciones por minuto, latiendo el corazón 108 veces en el mismo tiempo. La transpiración era abundante, la piel de la cara coloreada, el semblante anheloso, la palabra torpe, dolorosa, la respiración fatigosa, disnéica, pero el aparato broncopulmonar estaba ó parecía estar indemne. La exploración cardiovascular no arrojó ningún dato interesante. Todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad parecían localizarse principal-

mente en el tubo digestivo. Los labios estaban hinchados, edematosos, y con una erupción vesiculosa bastante confluente que invadía, además, toda la mucosa bucal y faríngea. La lengua engrosada, recubierta por completo de vesículas, llenaba casi completamente la parte posterior de la cavidad bucal, permaneciendo inmóvil.

El aliento sumamente fétido, de un hedor verdaderamente insoportable. La deglución dificilísima y muy dolorosa, y la emisión de la palabra casi imposible.

Toda la región hioidea y supraexternal estaba invadida por un ligero edema que se dirigía hacia la parte posterior, hasta detrás de las dos orejas, percibiéndose, además, abultados infartos ganglionares en ambos lados del cuello, y siendo la palpación de todo este territorio bastante dolorosa.

La palpación gástrica exacerbaba un dolor existente en toda la región prexifoidea y se extendía disminuyendo algo por el territorio umbilical y las dos fosas ilíacas. Había astricción de vientre.

Las orinas eran raras, encendidas, turbias; y la micción había ocasionado ligeras molestias.

Lo que más llamó mi atención fué una erupción vesiculosa alrededor de las uñas en ambas manos, que se extendía también por las dos caras dorsales, pero mucho más confluente en los dedos índice y medio de la mano derecha y pulgar é índice de la izquierda. El resto de los miembros superiores se hallaba completamente libre, si bien existía un ligerísimo edema especialmense en el derecho. Este edema era más abundante en los dos piés, mas no llegaba á pasar de la articulación tibiotarsiana. No había apenas vesículas en los dedos de los piés, particularmente en el izquierdo, el que, excepción hecha de tres ó cuatro del dedo gordo, se hallaba completamente indemne. El estado general resultaba de alguna postración, semiadinámico, habiendo tenido la noche anterior subdelirio y en la madrugada crisis asfíxicas que alarmaron mucho á los individuos de la familia.

Ante este cuadro clínico, confieso que tuve dudas, si bien abrigué la sospecha de que pudiera tratarse de un contagio glosopédico, en virtud de reinar, como he dicho ya, en el ganado vacuno de la región, una epidemia glosopédica, por cuya razón decidí observar muy detenidamente á esta enferma y comprobar mi hipótesis clínica.

En los dos días siguientes se agravaron todos los síntomas, particularmente los generales, pues la fiebre llegó en el cuarto día de observación á 40°, si bien no había sido continua, sino de tipo remiten-

te, de grandes oscilaciones y máximas vespertinas. El pulso, que había conservado cierta regularidad, se hizo frecuentísimo el día tercero, pequeño, blando, pero rítmico; después, durante todo el ciclo clínico de esta infección, ha sido el que más regular se ha mostrado, y el que me proporcionó el único motivo de relativa tranquilidad.

A partir del cuarto día de observación se inició una mejoría en el estado general, que después continuó de una manera lenta. La fiebre descendió al quinto día á 39°,3, llegando al séptimo á 38°,8, y conservándose después continua durante los cuatro días siguientes.

Las vesículas de la cavidad bucal se rompieron, dando lugar á úlceras superficiales, que cuidadas con gran esmero, no determinaron, por fortuna, infecciones secundarias, siempre temibles y siempre peligrosas. Se resolvió la tumefacción de la lengua y del cuello en gran parte, desapareciendo casi completamente los infartos ganglionares del lado izquierdo.

El edema de los miembros superiores desapareció completamente al séptimo día; en los inferiores, sin duda por haber sido mucho más intenso, duró dos días más.

A la astricción de vientre de los primeros días, sucedió una diarrea verdosa y fétida, con cámaras casi líquidas; pero disminuyó considerablemente el dolor que invadía todo el vientre.

La transpiración siguió siendo hasta el octavo día muy abundante con ligeras suspensiones.

A partir de esta fecha, comprendí que el conflicto estaba resuelto, pues la enferma siguió mejorando progresiva y sensiblemente en su estado general y local, llegando á desaparecer por completo los edemas de los miembros y de la lengua, así como las úlceras de la mucosa bucal, siendo bastante fácil la palabra y la deglución, y habiendo descendido la fiebre á 38°. El pulso se normalizó considerablemente; la enferma consiguió hacer el día catorce de observación una deposición semicompacta, teniendo deseos de comer. A los dieciséis días de mi primera visita entró esta enferma en convalecencia, aunque algo molestada por el infarto ganglionar del lado derecho, que fué muy rebelde, habiendo requerido un desbridamiento y las curas consiguientes, lo que puede reputarse como la única reliquia resultante de todo este proceso, que tuvo un período muy grave, y que, afortunadamente, se resolvió de una manera tan satisfactoria.

Respecto del tratamiento empleado, tengo que decir, que no exis-

tiendo, á pesar de los trabajos que en tal sentido se han hecho, uno verdaderamente específico, me limité á la *Terapéutica general antiinfecciosa*, que tiende á llenar ó debe tender á llenar estas tres indicaciones: *aumentar las defensas orgánicas, disminuir la virulencia micróbica* y *favorecer la eliminación de los productos perniciosos*, resultado de la lucha. Lo primero se resuelve con la *medicación general tónica*; lo segundo con el *tratamiento antiséptico* en sus múltiples formas (antisepsis de las cavidades, sueroterapia, etc.), y lo tercero, exigiendo una *mayor actividad de los emunctorios* (diuréticos, balneoterapia, etc.), y *combatiendo ciertos síntomas*, que siendo armas de dos filos, como la fiebre, por ejemplo, matan ó salvan, según su intensidad y el momento de su aparición en escena.

Fiel á estos principios fudamentales de terapéutica antimicróbica, sometí á la enferma á una dieta tónica y especial, como requería también el estado de su tubo digestivo, con caldos, leche, café con alcohol y bebidas abundantes.

La medicación antiséptica quedó reducida á hacer la antisepsia intestinal con salol y benzonaftol, con las irrigaciones intestinales, sobre todo con la dieta. Dispuse el clorato potásico para colutorios frecuentes, con lo cual conseguí la buena marcha de la vesiculación bucal y la ausencia de reliquias, siempre molestas. Pero no quise administrar el clorato al interior, como con tanta insistencia han recomendado Boas y Siegel. Tampoco hice uso del litiosalicilato sódico, tan encomiado por este último autor, pues cree que por el azufre que contiene obra de un modo favorable contra la astricción de vientre. Ya he dicho que con ese objeto y por otras razones, hice uso del método de Hegar con el irrigador.

Nada de medicación antipirética: el día cuarto de observación, y habiendo llegado la fiebre á 40°, mandé envolver á la enferma, á las seis de la tarde, en una sábana mojada, sobreviniendo una reacción muy favorable y restableciéndose una transpiración abundantísima. Y ya he dicho que á partir de este día, se inició una mejoría lenta, pero continua.

El infarto ganglionar del lado derecho exigió un desbridamiento, lavados abundantes con permanganato potásico y el desagüe.

Las vesículas ya rotas de las extremidades las toqué con éter, siguiendo el consejo de Worms.

***

Reflexionando sobre lo anteriormente expuesto, se observa que en pura clínica no cabía hacer otro diagnóstico que el de infección

glosopédica transmitida. Si la labor anterior, si el análisis exploratorio y de observación que precede era una tarea eminentemente clínica que había que resolver á la cabecera de la enferma, la comprobación diagnóstica era un problema de síntesis, de reintegración sindrómica, que había que realizar, *y que hay que realizar siempre, en todo caso*, en el gabinete, con la ciencia en la mano.

Si se interpretan aisladamente todos y cada uno de los síntomas encontrados, tratando de darles su verdadera significación diagnóstica, de hacer una *diagnosis convergente*, tendremos que confesar que ninguno tiene suficiente valor patognomónico para servir de fundamento á un *diagnóstico de conjunto, de totalidad*, medianamente verosímil.

Ni el tipo febril, ni la evolución cardíaca, ni el síndrome del tubo digestivo, ni la misma erupción vesiculosa de la cavidad bucal, ni aun la de las extremidades, deben ni pueden servir para ese diagnóstico de conjunto, pues todos, considerados aisladamente, no responden á un concepto fijo, determinado, de infección típica catalogada, incluída en el índice de la moderna patología infecciosa.

Es preciso, es indispensable elevarse, dominar el estado morboso en su totalidad, hacer aquella labor de síntesis, de reintegración sindrómica á que me he referido anteriormente para llegar á un verdadero diagnóstico de convergencia.

Solamente así, realizando un trabajo de comparación, de diferenciación clínica con estados, procesos semejantes, es como uno adquiere la convicción de que en este enfermo se trataba pura é indudablemente de un caso de transmisión de infección con aftas y glosopeda á la especie humana.

Todas las pirexias graves son difíciles de diferenciar, y se cometen multitud de errores en clínica, muy especialmente porque los ciclos nosológicos son muy semejantes y *se abusa de las formas similares*, singularmente en los estados clínicos que no correspondiendo á la fiebre tífica típica de la Escuela francesa, á la infección ebertiana, de localización eminentemente intestinal, revisten formas pseudotíficas ó tifoideas puras, en el más riguroso sentido de la palabra. Y como la comprobación causal del microbismo existente en cada caso, está todavía por venir, pues en la actualidad es dificilísimo, y debía decir imposible, hacer sin error tal ratificación diagnóstica en la inmensa mayoría de los casos, resulta que el número de dificultades aumenta, y con él, el de interpretaciones sindrómicas.

Y no se diga que en cada caso, por las infinitas variantes que ofre-

ce el sujeto enfermo, anatómicas, fisiológicas y de predisposición, el fenomenal conjunto clínico ofrece caracteres tan distintos que no parece sino que se trata de estados infecciosos desemejantes; porque precisamente el arte clínico consiste en deslindar dentro de ese conjunto genérico de cada individualidad nosológica, las especies resultantes de esas infinitas variantes de que acabo de hacer mención.

Teniendo en cuenta estas consideraciones es por lo que desterré la idea de *infección tífica*, pues ni aun dentro de la más rara forma de esta enfermedad, cabía el cuadro clínico observado; y hubiera sido preciso abusar en la interpretación de toda la sintomatología dotienentérica para enunciar un semejante diagnóstico.

Por las mismas razones, no había para qué pensar en las *fiebres graves cerebrales* de los antiguos, tan bien descritas por *Luis de Toro* y *Fernández Cardoso*, y además por faltar un síntoma que tanta significación parecía tener en tales pirexias: el *síncope inicial.*

Alguna mayor duda podía haber al diferenciarla con las tan mal definidas y excesivamente vagas *fiebres pútridas* y las *fiebres catarrales malignas*; pero se ve que sólo podían tener de común la erupción miliar, y aun esa misma no era completamente semejante; y los otros síntomas, vértigos, horripilaciones, sordera, delirio, etc., del comienzo, no se presentaron aquí tan significativos, amén de que el curso fué completamente distinto.

Es verdad que las aftas, como ya se ha dicho, no podían servir ellas solas de fundamento serio de diagnóstico, pues es sabido que se observan con alguna frecuencia en las pirexias graves.

Así que, realmente, todo el problema clínico quedaba reducido á hacer la diferenciación con las fiebres de Roederer y Wagler, con las fiebres mucosas graves, la fiebre mucosa adenomeníngea, tan magistralmente descrita por Pinel, pues en ella el edema de los labios y la vesiculación bucal unida á un estado catarral gastrointestinal y general grave, eran de mucha significación. Y, sin embargo, la erupción cutánea en este caso es muy rara y el curso completamente distinto, pues la fiebre es de curso pseudotífico, el estado adinámico más notable, el síncope más frecuente, la rigidez muscular y la debilidad cardíaca más manifiestas. Llegando de esta manera al diagnóstico convergente de glosopeda transmitida, había que hacer el diagnóstico divergente, y para ello bastaba ver si teniendo la enferma una fiebre de aftas, todos los síntomas encontrados á ella sola podían referirse, y esto hecha ya la síntesis anterior, era mucho más fácil.

El caso descrito revistió una forma confluente con fenómenos generales graves, que pusieron en peligro la vida de la enferma; pero en clínica se dan formas discretas, leves, con poca reacción febril y pronóstico favorable.

En este caso había, además, un dato importantísimo, cuya ausencia motivó en parte el poner en tela de juicio el diagnóstico hecho por el Dr. González Alvarez en su enfermita; me refiero á conocerse ó presumirse con mucha probabilidad el *origen del contagio*. Efectivamente, he dicho que en esta región ha existido la epizootia de glosopeda durante algún tiempo, y la enferma bebió leche de vacas de uno de los lugares invadidos por la epidemia. Debo hacer constar sobre este extremo, que en el pueblo de su residencia no hay ni un ejemplar del ganado vacuno, de modo que el contagio no ha podido adquirirle en él, sino por la leche consumida procedente de un punto infectado ó en uno de sus frecuentes viajes á dicho lugar.

Y aunque no está ni con mucho resuelta la etiología de la glosopeda, á pesar de los trabajos realizados en tal sentido por Klein y Frænkel en 1888, por Liegel en 1891 y los de Bekla, Schottelius, etc., se admite hoy por todos que la glosopeda es una enfermedad parasitaria, inoculable y contagiosa.

El contagio en el caso presente fué casi seguramente debido á la ingestión de leche de animal glosopédico, y de ahí la intensidad de los síntomas gastrointestinales; pero en otras ocasiones puede hacerse por los medios más diversos, según ha probado la observación. Y, sin embargo, hay que confesar que el hombre está poco predispuesto á adquirir la enfermedad, como he tenido ocasión de observar en este país, en el que, á pesar de haber reinado la epizootia durante algún tiempo, no tengo noticias de ningún otro caso de transmisión.

Es preciso impedir el consumo de carnes procedente de animales infectados, y destruir las pátas, la cabeza y las vísceras, que son las partes más afectadas.

Respecto á la manera de consumir la leche, no creo más que en la *esterilización absoluta* en el autoclave, pues toda *esterilización relativa*, como la ebullición, la pasteurización y el *método Soxlet*, me parece ineficaz y falta de garantía completa. Pero no creo que la cocción destruya los principios nutritivos de la leche, si bien, repito, la reputo como un procedimiento de esterilización relativa, jamás merecedor de absoluta confianza. Y en antisepsis no caben términos

medios, contemporizaciones inútiles, esterilizaciones ilusorias. Hay que ser rigorista, muy rigorista.

Voy á terminar.

Creo que el caso motivo de este escrito puede servir de tributo á la historia de la transmisión de la glosopeda á la especie humana, hecho perfectamente probado y generalmente admitido, y de una prueba más de lo que he dicho hace poco y repetido en otros sitios: que el diagnóstico es un juicio sintético de reintegración sindrómica fundamentado, por una parte, en un análisis exploratorio concienzudo y completo, y por otra, una síntesis razonada y comparativa de todo lo observado. La primera es una labor de clínica que se realiza á la cabecera del enfermo; la segunda un trabajo de gabinete que se resuelve con el libro en la mano.

SOBRE LAS METRORRAGIAS DEL ALUMBRAMIENTO

POR

ADOLFO HONTAÑÓN

Titular del Ayuntamiento de Bareyo (Santander).

En el núm. 749 de esta REVISTA, he leído un artículo titulado *Un caso extraordinario de retención placentaria*, en el que su autor, después de hacer la historia del caso, y en vista del satisfactorio resultado conseguido con el tratamiento por él empleado, hace deducciones, á mi juicio, un poco atrevidas, que juzgo conveniente rectificar en algo, porque de lo contrario, acaso tenga demasiados prosélitos el procedimiento que él aconseja; digo esto, porque sabido es por todos los que nos dedicamos al ejercicio de la penosa profesión médica, la timidez con que se mira por la mayoría de los que empiezan á ejercer las intervenciones cruentas, timidez que raya algunas veces en verdadero temor, que en más de cuatro ocasiones es causa de no llevar á efecto intervenciones razonables y aun necesarias. Por lo tanto, no puede negarse que las terminantes afirmaciones hechas en el artículo á que me refiero, han de ser motivo para que cuando un principiante ó compañero pusilánime se encuentre al lado de una parida cuya placenta no ha sido expulsada y de cuya matriz sale abundante sangre, haga uso del tratamiento que tan buen resultado ha dado en ese caso, creyendo que es lo bastante para dar por cumplida su misión; pues á nadie se le oculta

que es más cómodo y menos expuesto á las censuras *de la gente de la casa*, poner una inyección hipodérmica de ergotina, hacer el taponamiento y efectuar ó mandar efectuar los lavados uterinos, que intentar extraer la placenta y no conseguirlo, ó que se le quede á uno la mujer entre las manos. Pero si el primer procedimiento es el más cómodo y menos expuesto á *que le hagan cargar á uno con el muerto*, ¿es el más acertado, es el más razonable, es el más aconsejado por la ciencia y por la clínica? No soy yo el que puede resolver este problema, pues carezco de la necesaria autoridad para ello; pero sí puedo afirmar, que la mayoría de los autores que de este asunto se ocupan, aconsejan lo contrario de lo que aconseja el doctor Cobian, puesto que dicen que en casos de graves hemorragias por retención placentaria, lo *primero* que debe hacerse es extraer los anexos, pues de no hacerlo, cuanto se practique no suele ser más que perder un tiempo precioso.

De extraordinario califica el autor del artículo el caso por él descrito, y no me parece exagerado tal calificativo, pues extraordinario resulta en realidad que semejante metrorragia cediera con los medios empleados para combatirla. No menos extraordinaria me parece también la valentía que demostraron los dos compañeros, que previa consulta, decidieron separarse de la enferma, dejándola como único tratamiento para combatir tan apurada situación, las dosis de cornezuelo de centeno y diferir para el día siguiente el alumbramiento artificial, pues me extraña que dichos compañeros no temieran que de un momento á otro aumentara de modo formidable la hemorragia y pereciese la pobre mujer, sin que los auxilios que se la hubieran querido prestar entonces fueran bastante á evitar un desenlace fatal. Yo sé de algunos casos ocurridos por estos pueblos en que ha costado la vida á desgraciadas mujeres, el haber querido expulsar las secundinas ó cortar la hemorragia que acompañaba á su retención por medio del cornezuelo de centeno, y por eso no puede menos de sorprenderme el resultado satisfactorio conseguido en ese caso.

De ningún modo puedo estar conforme con la afirmación hecha en el artículo de referencia de que «todos los días están ocurriendo casos en que las puérperas mueren de hemorragia, *originada* por las manipulaciones realizadas con el fin de extraer las paries adheridas». Ni estas muertes son tan comunes como parece deducirse de la anterior afirmación, ni de ellas puede ni debe culparse á las maniobras hechas para extraer los anexos, sino á causas bien dis-

tintas, entre las que pueden citarse: la frecuencia con que ocurre que cuando es uno llamado para realizar dicha extracción, ha habido alguna persona imprudente que ha tratado de producir la expulsión de la placenta por dosis más ó menos crecidas de centeno corniculado ó por medio de manipulaciones brutales y hechas sin el menor conocimiento; otras veces, á que cuando acude uno á efectuar dicha operación, es ya demasiado tarde, por haber querido cortar la hemorragia sin extraer la placenta, perdiendo con ello un tiempo muy necesario; en ocasiones, á la precipitación con que se ha procedido á la extracción, sin esperar el momento oportuno, ni fijarse en si hay ó no inercia de la matriz y tener á mano los medios apropiados para combatir dicha inercia; algunas, á efectuar el alumbramiento artificial con poca pericia; y á veces á la premura en abandonar á la parida una vez efectuado el alumbramiento artificial, sin esperar á ver si la matriz se retrae ó está bajo la influencia de la inercia; mas ninguna de estas víctimas creo debe atribuirse en buena lógica á las manipulaciones hechas para extraer los anexos, *siempre y cuando que dichas maniobras se hagan con conocimiento de lo que se hace.*

Para combatir la práctica generalmente seguida de proceder en casos de abundantes hemorragias por retención de placenta al alumbramiento artificial, dice el Dr. Cobián: «He aquí una mujer que con seguridad hubiera sucumbido si, siguiendo la práctica ordinaria, hubiésemos persistido en la extracción manual de la placenta». Como se ve, esta aseveración viene á contradecir la hecha por Meisner, que dice: «Haciendo la extracción de los anejos, se pierde una mujer de cada 30, al paso que si se abandona, mueren 8 de cada 9», y la que hace Delore y Lutaud, que afirman: «Que los métodos activos dan una mortandad de 1 por 10, mientras que los métodos pasivos la dan de 1 por 1'6». Por mi parte, me inclino más á lo manifestado por estos autores y me atrevo á dudar de la terminante deducción hecha por el autor del artículo, llegando mi atrevimiento hasta pensar que si en la primer tentativa que se hizo para extraer la placenta, en vez de abandonarla al ver aumentar la hemorragia, se persiste en ella hasta lograr sacarla con rapidez, se hubiera obtenido tan buen resultado como el que se logró con la práctica seguida, sin exponer á la paciente á perder tanta sangre como la que perdió, ni á una metrorragia mortal, ni á una infección que acaso después no se hubiera logrado combatir, y creo que debe tenerse siempre presente que es mejor precaver que curar. Al pensar así, lo hago

teniendo en cuenta no sólo el parecer de respetables autoridades en la materia, como son Auvard, Tarnier, Charpentier, Pinard, Lefert, Soulier, Lebief, Bland, Lejars, Campá, etc., etc., sino lo que llevo observado en mi práctica, en la que he tenido algunas metrorragias, acompañadas de retención de placenta, y en las que he conseguido triunfar acudiendo sin demora al alumbramiento artificial.

Citaré un caso, el más apurado que he tenido, y el que vino á confirmar la opinión que sobre este asunto tengo:

El 25 de julio del pasado año fuí avisado para visitar á una mujer que había parido cinco horas antes, que no había excusado, y que, según la frase de la persona que venía á buscarme, *se las liaba*, pues tan grande era la cantidad de sangre que llevaba perdida. Por encontrarme al lado de un compañero cuya vida también *se las liaba*, á consecuencia de repetidas y copiosísimas gastrorragias, mandé fueran á buscar otro médico de uno de los pueblos inmediatos, resultando que tres horas después volvieron á buscarme por no encontrar al compañero que yo les había indicado. Marché en seguida á prestar mis auxilios á la infeliz mujer, y cuando llegué á su lado, me encontré con lo siguiente: mujer de cuarenta y dos años, multipara, de regular complexión, que ya en los dos últimos partos había necesitado la extracción de los anejos, y que á consecuencia del tiempo transcurrido (nueve horas) y de la gran cantidad de sangre perdida, se encontraba en un estado de colapso tan pronunciado, que no se daba cuenta ninguna de lo que pasaba á su alrededor; las extremidades se encontraban casi frías y el pulso imperceptible. Ante situación tan alarmante, y aunque con el natural temor de que agonizara entre mis manos, me decidí á extraer la placenta, y lo mismo fué penetrar con la mano en el útero, que una oleada de sangre salió al exterior, lo que me hizo pensar que aquél era el último momento de vida de aquella pobre mujer; sin embargo, persistí en mi empeño, y no sin gran trabajo y horrible angustia, conseguí despegar la porción adherida y extraer la placenta, cesando casi en seguida la hemorragia. Acto continuo la puse una inyección hipodérmica de 1 gramo de solución dosada de cornezuelo de centeno y otra de cafeína, á la que siguió otra de 200 gramos de agua salada al 8 por 100. A los veinticinco minutos de esta última inyección, empezó á reanimarse el pulso, apliqué entonces un sinapismo en la región precordial, y momentos después ví con no pequeña esperanza y satisfacción que la enferma iba reaccionando, recobrando el conocimiento y contestando, aunque con trabajo y apagada voz, á las

preguntas que se le hacían. Ordené entonces darla una taza de café muy concentrado, al que se adicionó una buena dosis de coñac, y á la hora y media de haber llevado á cabo la extracción de los anejos se encontraba tan reanimada, que se podía considerar salvado el inminente peligro que había corrido. El puerperio, en el que se siguieron las prácticas aconsejadas de antisepsia, le pasó sin la menor elevación térmica y sin ningún contratiempo, pudiendo darle el alta á los dieciocho días de haber parido. Es seguro que esta mujer hubiera perecido si no se procede á la extracción de las secundinas, pues no creo que de otro modo se hubiera podido contener aquella temible hemorragia.

De este caso y de otros más ó menos parecidos que he oído referir á ilustrados compañeros, deduzco que únicamente podrá uno prescindir del alumbramiento artificial cuando no haya hemorragia ni el menor síntoma de infección, siguiendo entonces el procedimiento aconsejado por Tarnier; pero desde el momento que se presente síntoma alguno de infección ó hemorragia abundante, debe uno proceder á evacuar el útero, pues de otro modo se expone á la mujer á graves contingencias. Tal es mi convicción en este asunto, que creo que la afirmación que hace el Dr. Cobián de que «todos los días están ocurriendo casos en que las puérperas mueren de hemorragia originada por las manipulaciones realizadas con el fin de extraer las paries adheridas», se puede sustituir por esta otra: con lastimosa frecuencia perecen de hemorragia del alumbramiento, mujeres cuyas vidas se hubieran salvado si oportunamente hubieran sido extraídas sus placentas por manos hábiles y adiestradas.

No quiero terminar sin hacer constar antes que está muy lejos de mi ánimo el enseñar nada con este desaliñado artículo, y mucho menos tratar de aminorar los envidiables conocimientos del doctor Cobián, pues aunque no tengo el gusto de conocerle, es indudable que pertenece á los que se desvelan por contribuir al adelanto de la ciencia, por lo que seguramente ha publicado su bien escrito artículo; propóngome tan sólo con mi atrevimiento al ingerirme en esta cuestión, dar motivo para que de ello se ocupen las autoridades en la materia y nos enseñen cuál es la conducta que debemos seguir ante una mujer cuya vida vemos comprometida por una metrorragia con retención de placenta, pues son casos que no dejan de presentarse con bastante frecuencia en la práctica.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio

I. Lucha contra la tuberculosis, por D. José Verdes Montenegro. Madrid, 1902.

II. Cuadros sinópticos de exploración quirúrgica, por el Dr. Villeroy. Madrid, 1901

III. Centro general de vacuna en la Isla de Cuba, por el Dr. V. de la Guardia. Habana 1902.

IV. Los hematozoarios del paludismo, por el Dr Maurice Neveu-Lemaire. Traducción al español por el Dr. D. J. Dadin y Gayoso. Madrid, 1902.

V. Confesiones de un médico, por el Dr. Veressaief. Traducción del doctor A. Mallo Herrera.

I

Pertenece á la serie monográfica, que publica la Dirección general de Sanidad, este trabajo, debido á la pluma del ilustrado médico Dr. Verdes Montenegro, ya conocido por la clase médica española, porque en distintas materias, y sobre todo en las que se refieren á cuestiones de esta índole, ha demostrado conocerlas á fondo.

Trabajar por la defensa del individuo contra la tuberculosis, es obra filantrópica y meritoria que ha de merecer el aplauso y gratitud de la sociedad en general. A esto tiende el útil trabajo de que nos ocupamos, en el cual su autor trata con acierto en varios capítulos de cuanto á este fin se inclina, y en forma tan sencilla y adecuada, que como dice el Dr. Pulido en su prólogo, «todas las personas, sea cualquiera su profesión, que lean estas páginas, de seguro las encontrarán útiles; que las propaguen y realicen sus consejos, y harán seguramente también una obra bienhechora á la humanidad».

Después de señalar la importancia de esta enfermedad en relación con la familia y la sociedad, en donde se ocupa de valorar la espantosa pérdida material que para España representan las bajas por esta dolencia, estudia cómo hoy en nuestra nación se lucha contra la tuberculosis, y á base del concepto actual clínico y etiológico de ella, da consejos higiénicos para prevenirla, sin olvidar la acción social, que debe ser muy directa, analizando con espíritu imparcial la importancia de los Sanatorios, para terminar con una exposición

de lo que debe ser el Dispensario antituberculoso, necesario en alto grado para satisfacer intereses de defensa social, y en los que muchas veces un diagnóstico precoz salva seguramente de una tuberculosis cierta que en estos estados pudiera, hasta ser curable, con buena dirección tomada en sus comienzos.

Es de esperar que esta importante propaganda sanitaria encuentre en las clases sociales el eco necesario para lograr toda su utilidad, no bien comprendida hasta la fecha, pero fructífera, á medida que se vayan educando las clases sociales en estas vitales cuestiones de higiene.

Merece el Dr. Verdes Montenegro la más señalada gratitud por sus esfuerzos en favor de esta obra.

II

Es plausible la idea del Dr. Villeroy de reunir en forma sintética expresada en cuadros sinópticos todo cuanto concierne al estudio fácil y de aplicación clínica en los estudios médicos.

En otras ocasiones nos hemos ocupado de esta forma sintética de varios asuntos médicos publicados por este autor, y hoy hacemos referencia al especial estudio que publica de los diferentes modos de exploración quirúrgica. Divide el trabajo en dos partes: una, dedicada á la exploración de los órganos considerados de una manera general, y en la otra se ocupa de los métodos y procedimientos de exploración empleados para cada uno de los órganos en particular, expresando al final un cuadro de las operaciones practicadas en el vivo con el nombre del autor por indicaciones.

Resulta esta obra, como las de igual corte publicadas por el doctor Villeroy, de indiscutible utilidad para facilitar los estudios médicos.

III

Correspondiente á los meses de enero y febrero del año corriente, esta publicación da á conocer un estudio presentado por el Dr. V. de la Guardia al *Congreso Sanitario internacional*, celebrado el año corriente. En él hace una historia detallada de las fases porque ha pasado la vacunación de la viruela en la Isla de Cuba, y da á conocer su estado actual, demostrando cuanto allí se preocupa en utilizar este eficaz medio profiláctico de la viruela, y como actualmente

se halla instalado en condiciones dignas del mayor elogio por sus servicios, que nada dejan que desear. Es un trabajo muy instructivo y digno de la mayor estimación.

IV

Es obra de utilidad indiscutible la que traduce al español el doctor Dadin y Gayoso, pues en ella puede estudiarse al detalle cuanto se relaciona con este asunto y que tan profundamente conoce el doctor Neveu-Lemaire.

El lector se hace cargo fácilmente de la historia de los estudios hechos por los experimentadores para llegar á conocer el elemento microbiano determinante del paludismo y de las cualidades de él en todas sus fases; del *anopheles* agente transmisor de la infección, de su desenvolvimiento y vida, cómo él se infecta y cómo infecta al hombre, estudio de un interés extraordinario, curioso y útil por su aplicación á la profilaxis del paludismo.

Apunta la idea de que la etiología de muchas enfermedades tropicales, puede depender, tal vez, de organismos que se aproximan más ó menos á los hematozoarios.

Encontramos este trabajo de novedad y de gran interés científico.

V

Es curiosa la lectura de esta obra que refleja las impresiones del autor, respecto de su vida durante el estudio de la carrera de Medicina y las que en el curso del ejercicio profesional pudo recoger, llevándole á un terreno de escepticismo y de desaliento profesional del cual á veces, dicho sea en verdad, no hemos podido sustraernos la mayoría de los médicos. Raro será el médico que, al leer este trabajo, no vea retratados en algún capítulo hechos de su observación, y por eso se ve en esta obra un fondo de verdad y un valor decidido por parte del autor para reflejar el realismo de la materia de que se ocupa.

Después de muy oportunos comentarios del traductor Dr. Mallo, dichos con elegancia de estilo, finaliza esta obra de interés para el médico y de amena lectura.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Meningitis cerebroespinal aguda. Curación.—El Dr. F. Terrades publica en la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, el caso relativo á un sujeto, práctico de farmacia, de treinta y dos años, casado, de constitución no muy fuerte, temperamento nervioso, sin antecedentes morbosos hereditarios ni personales dignos de mención. Hacía unos quince días que guardaba cama con fuerte fiebre, escalofríos á cualquier hora del día, cefalalgia occipital intensa, á ratos intolerable y ligera bronquitis los primeros días. Al ser reconocido por el Dr. Terrades, sufría cefalalgia occipital intolerable; parte posterior del cuello dolorosa con dificultad de doblar y ladear la cabeza; sensibilidad y motilidad del tronco y extremidades, normal; inteligencia despejada, palabra clara, las pupilas reaccionan bien á la luz; escalofríos, temperatura axilar de 37°,5; pulso flojo y frecuente (110). Aparte la anorexia, lengua saburral y sed, no ofrecía ningún síntoma del aparato digestivo y respiratorio; las deposiciones eran normales, respiración franca sin ritmo especial ni fenómenos acústicos anormales; la orina algo disminuída en cantidad.

Se le recetó 1 gramo de quinina y 2 gramos de bromuro potásico en cuatro obleas para tomar en veinticuatro horas.

El día siguiente el enfermo estaba algo amodorrado; delirio tranquilo á ratos, con palabra clara; el dolor y rigidez de la nuca aumentaron hasta convertirse en opistótonos; las contracciones musculares voluntarias eran clónicas; raya cerebral; pulso frecuente; temperatura 37°,8.

Continúa tomando el bromuro potásico, dándosele además calomelanos á la dosis de 0'01 gramos cada hora.

Día 3.° El cuadro cerebral se ha acentuado; coma casi completo, lengua balbuciente, opistótonos fuerte, manos convulsas, relajación del esfínter anal y vesical, pupilas contraídas; temperatura 37°,5, pulso 100; respiración regular.

Practicada acto seguido la punción lumbar (con un trócar de 1 milímetro de diámetro interior), salieron goteando 14 ó 15 cent. cúb. de líquido opalino. Casi inmediatamente después el enfermo reconoció á alguno de los presentes, habló algo y con palabra más clara, las pupilas se dilataron un poco reaccionando á la luz y el pulso se puso á 80. Se continuó con los calomelanos y la poción bromurada.

Día 4.° Va despejándose la inteligencia hasta conocer á los amigos, el dolor de cabeza disminuye, retiene bien la orina, pulso 80, temperatura 37°,4; continúa el opistótonos y se presenta hipo. Se suspenden los calomelanos (había tomado ya 0'35 gramos; se aumenta el bromuro hasta 4 gramos al día; dos pequeños vejigatorios en las regiones mastoideas; además se inyecta 1 cent. cúb. de esencia de trementina bajo la piel del muslo.

Día 5.° Desaparece el hipo y la cefalalgia; continúa á ratos el delirio tranquilo, pero conoce á cuantos le rodean; temperatura 38°, pulso 98; contracciones musculares voluntarias más firmes.

Día 7.° No hay delirio, raciocinia bien y la inteligencia parece despejada; continúa el opistótonos, el pulso es más frecuente, temperatura 39°,4; el sitio de la inyección de trementina presenta una rubicundez difusa muy extensa y dolorosa. Se ordenan fomentos de solución de timol en el muslo, y al interior 2 gramos de bromuro potásico y 0'25 de bromhidrato de quinina.

Día 8.° Hacia el medio día y hablando con su esposa repentinamente parece que despierta de un letargo; se da cuenta de su nueva situación sin saber lo que le ha pasado en los últimos ocho días por más que se lo recuerden. Habla con naturalidad, disminuye el opistótonos, orina y depone bien; temperatura 37°, pulso 82; empieza á dibujarse el absceso del muslo. Continúa la misma medicación.

Día 2.° Temperatura 37°,9; pulso 106. Se abre el absceso saliendo unos 250 gramos de pus espeso y mucoso que huele á trementina; tanto un examen directo como los cultivos del pus resultan estériles.

Día 8.° Temperatura 37°,3; pulso 92.

Día 9.° Temperatura 37°,8; pulso 102.

Día 10. Temperatura 38°,5. Se receta 1 gramo de bronhidrato de quinina en cuatro obleas.

Día 11. Temperatura 36°,7. Se repite la quinina á mitad de dosis. Por la noche tiene un acceso febril.

A partir del día 16 de observación y hasta un mes después, el enfermo está sujeto á accesos febriles de intensidad variable que duran de diez á dieciséis horas, durante los cuales el termómetro sube hasta 39 y 40; estos accesos están separados por períodos de veinticuatro y treinta y seis horas de apirexia completa (36°,6), les preceden escalofríos intensísimos y terminan con sudores profusos. Los trastornos cerebrales han desaparecido casi por completo. El examen de la sangre ha resultado negativo en cuanto á la presencia de elementos anormales; por lo demás solo había ligero aumento de los polinucleares durante los períodos de apirexia. La orina, normal cualitativamente, era muy pobre en cloruros (de 2 á 4 gramos en veinticuatro horas).

Durante este tiempo ha estado sujeto á la quinina á dosis varias, cacodilato sódico, levadura de cerveza y alguna otra medicación sin resultado alguno.

Por último, se le administró el zumo de limón (el de tres en veinticuatro horas). Sin poseer datos termométricos exactos de este último período, solo puedo decir que á los dos días el recargo febril fué flojo (38° y alguna décima) y á los ocho días había desaparecido por completo la fiebre, dándole de alta á los quince días. Tal es la historia del presente caso, que si no es del todo completa por circunstancias especiales, lo es lo suficiente para formarse clara idea de él y hacer algunas consideraciones sobre el resultado obtenido.

El diagnóstico suficientemente comprobado por la clínica es corroborado por el laboratorio.

El examen del líquido cefalorraquídeo demostró la presencia de leucocitos polinucleares bastante abundantes, con exclusión de otros elementos anató-

micos. Englobado en ellos y también nadando libremente en el líquido había un micrococo agrupado á menudo en diplo, que por sus reacciones tintóreas, forma y aspecto de sus colonias, pareció ser el meningococo de Veisschelbaum.

En cuanto al tratamiento, difícil es asignar á cada medicamento la parte que le corresponde en el resultado. Tanto la quinina, como los calomelanos y los bromuros, usados principalmente durante el período álgido de la enfermedad, son recomendados sin fé por los autores y aun solamente á título de paliativos; por otra parte no parece que haya relación entre ellos y la mejoría y curación obtenida en las dos etapas de la enfermedad, puesto que su administración es ya anterior al período álgido que no impide ni basta para la remisión final.

Unicamente cabe atribuir el resultado á la punción lumbar, al absceso fijador y al zumo de limón. La primera, si no de efectos curativos propios, puesto que la cantidad de gérmenes morbosos que sustrae al organismo, es despreciable comparada con la que resta y que no modifica, posee una acción paliativa rápida capaz de cumplir una indicación vital, la descompresión cerebral; siquiera sea momentánea su acción, siempre será un medio terapéutico precioso, como la traqueotomía en la difteria, que en el presente caso ha dado tiempo para que surtiese efecto el absceso fijador.

La última fase del caso, extraña en su desarrollo, no lo es menos en su terminación. La coincidencia de ésta con la administración del zumo de limón es digna de tenerse en cuenta, tanto más, cuanto que ha sido ya usado por Ress é Inmann con algún resultado en el reumatismo articular agudo y por Maglieri, Lazzati y otros en el paludismo agudo y crónico y en algunas pirexias de origen intestinal. Su uso á la dosis indicada, representa la introducción en el organismo de una gran cantidad de potasa unida al ácido cítrico y de este mismo ácido en estado libre (en total un 8 por 100 del zumo) además de un aceite esencial.

Fractura completa de la tibia y peroné por el extremo inferior. Artrectomía tibio-perenea-astragaliana. Curación. — En el *Boletín del Colegio Médico del Ferrol* publica, el Dr. Pastor Nieto, el siguiente caso clínico:

V. E. S. y P., de treinta y siete años, de complexión delicada, alcohólico, se fracturó la tibia y el peroné en las proximidades de la articulación con el astrágalo.

Conducido inmediatamente á la Casa de Socorro, se practicó la reducción de la fractura, colocándole después un apósito inamovible; mas, y aquí entra lo grave del caso, aún no habían terminado los médicos de reducir la fractura y de colocar el apósito, era ya el enfermo presa del *delirium tremens* en su período agudo; la agitación constante de todo el cuerpo y los movimientos bruscos de la pierna, no podían dar quietud á la parte afectada, y como si esto no fuera bastante, dos veces se levantó de la cama y se echó á andar, dando así en tierra con los trabajos de reducción, coaptación y sujeción de la pierna para volver de nuevo á empezar con la misma faena de la primera vez.

De la Casa de Socorro pasó al Hospital, y allí siguió el mismo cuadro de locura, no dando un solo momento de reposo al cuerpo y, por consiguiente,

á la pierna. Si en la Casa de Socorro se levantó dos veces, lo hizo tres en el Hospital por la noche, teniendo los enfermeros que recogerlo de la sala inmediata hasta la que había llegado, andando como pudo; ladeado el pié hacia dentro, sostenía el cuerpo apoyando en el suelo la superficie fracturada; ¡y á todo esto ni un solo quejido! A fin de que estas escenas no volvieran á repetirse, fué preciso el empleo de la camisa de fuerza, vigilancia permanente, y medicación apropiada para dominar aquel estado, que si no ofrecía peligro para la vida, perjudicaba, en cambio, la curación de la fractura; consiguiendo restablecer la calma al sexto día de estancia en el Hospital.

El *delirium tremens* se había dominado, pero se inflamó toda la región afectada, se esfacelaron y mortificaron los tejidos blandos, se formó un flemón difuso que alcanzó la articulación de la rodilla por arriba, y por abajo los huesos y la articulación de la garganta del pié fueron asimismo presa del proceso séptico, y la fiebre alta subsiguiente, con todo su cortejo de síntomas, además de los expuestos, el Dr. Pastor Nieto llevaba su ánimo á pensar, ó en la amputación por el muslo, como indicación vital, ó en la pérdida de la vida; pero resultó con este enfermo todo lo contrario de lo que se temía, pues ni perdió la vida, ni la pierna; es más, ni el pié perdió tampoco. sino que alternando con su congénere izquierdo, le sirve para la progresión. que verifica como no era de esperar, y sin apoyo de ningún género.

Cuadro tan imponente se fué dominando con los medios más rigurosamente antisépticos puestos en práctica: dilataciones, irrigaciones, lavados escrupulosos, quietud, reconstituyentes, etc., obligaron á remitir, aunque lentamente, al proceso séptico. La rodilla quedó libre, pero un poco acortado el grado de flexión; y la fractura, que era lo que por el momento más importaba, después de remitido el estado agudo, con verdadera sorpresa empezó á consolidar, y se logró completamente por medio de un perfecto callo óseo.

Quedaba tan sólo, como recuerdo de lo ocurrido, la artritis supurada de la garganta del pié, que no le fué posible vencer, haciéndose de todo punto necesaria la intervención quirúrgica, si quería lograr la finalidad que deseaba; y en efecto, á los tres meses próximamente, le practicó el Dr. Pastor Nieto la operación de la *artrectomía tibioperoneaastragaliana*, que si por el momento no se obtuvo con ella todo el éxito que se proponía, aunque venciendo, la mayor parte, fué ayudada más tarde de raspados sucesivos hasta conseguir la oclusión completa y curación radical, si bien con los defectos físicos inherentes é inevitables, como la disminución del grado de flexión de la rodilla de que hace mérito, y la anquilosis de la región operada.

El enfermo salió del Hospital completamente curado, á los dieciséis meses de haber ingresado, no claudicando nada si lleva paso lento y corto, y conociéndose algo la cojera si se apura: no precisa tampoco bastón ni otro apoyo, y sólo lleva aquél por vía de precaución. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 21 *de Octubre de* 1902.

Celulitis gomosa pelviana, simulando un tumor maligno. — El Dr. *A. Fournier* refirió un caso de tumor heredosifilítico de la pelvis, y terminó su observación con las consideraciones siguientes:

1.ª Es necesario, en lo sucesivo, incluir entre los accidentes posibles de la sífilis la producción de infiltrados *pelvianos* que interesan (al menos secundariamente) la vejiga y el recto, que simulan los tumores malignos y son susceptibles cuando se sospecha la naturaleza de la enfermedad de curar en poco tiempo por el tratamiento específico. Es el único caso que ha observado.

2.ª Esta celulitis ha sido el producto, no de una sífilis adquirida, sino de una sífilis hereditaria; conviene advertir que la lesión se presentó en el enfermo á la edad de treinta y cuatro años y sin otra manifestación sifilítica anterior; al menos no se descubrió estigma alguno. Los accidentes de la sífilis hereditaria pueden, por lo tanto, presentarse en cualquier edad, aun en la avanzada.

Está pues, demostrado que algunas veces—y con más frecuencia de lo que se cree—la infección hereditaria no se manifiesta por deformación, estigma ó distrofia alguna apreciable. El sistema maxilodentario puede estar indemne en estos heredosifilíticos «engañosos». Entre otros casos puede citarse el caso de una joven, hija de padre y madre sifilíticos, sifilítica ella también, que murió á los dieciocho años de tabes sifilítica, y que tenía dientes hermosos.

En la observación de que se trata, la primera sospecha de sífilis se fundó en la gran mortalidad infantil de la familia del enfermo: de 15 hermanos murieron 12, casi todos muy jóvenes. La casualidad permitió al Dr. Fournier descubrir en el hermano mayor del enfermo—uno de los raros supervivientes de la familia—signos oftalmoscópicos de sífilis hereditaria. Esto le hizo afirmar su diagnóstico de heredosífilis.

El tratamiento consistió en inyecciones de benzoato de mercurio á dosis de dos centígramos por día y en la administración cotidiana de cuatro gramos deyoduro potásico. Una semana después, la mejoría era notable. A los dos meses no quedaba rastro de la infiltración de la excavación pelviana, que había hecho creer en un cáncer y hasta en un cáncer inoperable.

Observaciones sobre la segunda erupción de la Martinica.— El Dr. Kermorgant: En la noche del 30 al 31 de agosto, salió del Monte Pelado una nueva nube eruptiva, que desvastó los distritos de Morne-Rouge y de Ajoupa-Bouillon, dejando, á causa de un salto de viento, casi á salvo San Pedro.

Esta nube arrasó todo en la campiña, rompiendo los arbustos, desarraigando los árboles, destruyendo los puentes y dejando en pié en Morne-Rouge sólo cinco casas y la iglesia. El número conocido de víctimas de esta nueva catástrofe se eleva á 625; además, los médicos curaron 70 personas de quemaduras de primero, segundo y hasta de tercer grado.

El fenómeno, aunque tuvo cierta analogía con el del 8 de mayo, varió desde ciertos puntos de vista. Se observó, en efecto: 1.°, que todos los cadáveres encontrados, excepto uno, estaban vestidos, mientras que después de la primera erupción se encontraron desnudos por completo; 2.°, que al lado de personas completamente carbonizadas, había otras sin la menor quemadura; 3.°, que personas que se encontraban al abrigo en un local bien cerrado, sólo notaron opresión ligera.

Estas diversas observaciones hacen suponer que la nube desvastadora estaba saturada de electricidad, lo que explica algunos de los fenómenos que ofrecen gran analogía con las quemaduras producidas por el rayo; prueba de ello, una madre quemada ligeramente en una oreja, mientras que el hijo que tenía en sus brazos fué quemado horriblemente. Esta hipótesis se encuentra, además, confirmada por la observación siguiente, hecha en Fort-de-France: poco tiempo después de la erupción, cuando los vapores formaban una nube que el viento condujo sobre la población, se notó un olor fuerte á ozono, que indicaba la gran cantidad de flúido eléctrico que había en la atmfósfera.

Puede deducirse, por lo tanto, que además de los casos de muerte debida á gases irrespirables ó á cenizas muy calientes ó á una temperatura bastante elevada para fundir el vidrio, se produjeron fenómenos análogos á los de la electroejecución.—(*Le Bull. Medical*).—F. Toledo.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

(Continuación)

Tratamiento operatorio del cáncer del útero. — El Dr. T. Cullen (de Baltimore): Es interesante mirar treinta años atrás y ver qué progresos se han realizado en el tratamiento de esta temible enfermedad; en aquella época se hacía el raspado del útero ó á lo sumo se le amputaba.

La histerectomía abdominal de Freund, introducida en 1878, marca una era nueva en el tratamiento del cáncer. La segunda etapa, sugerida por la frecuencia de las lesiones del ureter durante el curso de la operación, fué el cateterismo ureteral empleado por Pawlik en Europa, y poco después por Kelly (de Baltimore). Es necesario citar también la extirpación de los ganglios pelvianos y los nombres de Ries, Clark y Rumpf. Estos operadores procuraron extirpar todo lo más posible de tejido pelviano; á pesar de la base científica de este tratamiento, la mortalidad inmediata fué grandísima á causa de la infección que se produce con tanta facilidad después de la extirpación de estos tejidos cancerosos y necróticos. Se aconsejaron métodos

diversos para evitar este peligro, entre los que el más conocido es el de Werder. Llegamos á la operación de Wertheim, que ha alcanzado hoy el summum de perfección y que permite ver todos los detalles operatorios. La herida del ureter no es de temer. Kelly abandonó el cateterismo preventivo que había hecho hasta entonces; pueden verse los vasos uterinos al ser ligados.

Estoy completamente de acuerdo con Wertheim, en que el raspado preliminar por la pérdida de sangre que ocasiona, disminuye sobre manera las fuerzas de la enferma, y que esto, unido á la anestesia necesaria, disminuye la resistencia por el colapso consecutivo; creo, por lo tanto, que cuando el cuello no está muy afectado y voluminoso, es preferible evitar el raspado. Me parece muy útil la técnica de Mackenrodt y de Krönig, que dejan el ureter sin separarle de su cubierta peritoneal. Sin embargo, cuando el ureter está rodeado de masas carcinomatosas, es necesario desecarle y si esto es imposible cortarle por arriba y anastomosarle á la vejiga. Hay para esto varios métodos, el mejor de los cuales es el de Sampson, que puede ejecutarse en diez á quince minutos. Ahora bien, el tiempo en estos casos tiene una gran importancia. El ureter hendido cerca de su extremidad, se fija á una incisión en H practicada en la pared de la vejiga; las suturas se hacen de modo que no formen un foco para las concreciones urinarias. Creo preferible, cuando el ureter aparece necrosado en el curso de la operación, resecarle y anastomosarle con la vejiga mejor que correr el peligro de extirpar un riñón sano.

Es preciso citar también la hemorragia venosa molesta y á veces alarmante que procede de las paredes laterales de la vagina en el momento de dejarse libre el tejido periuterino y perivaginal; hasta ahora el descubrimiento de la causa de esta hemorragia era una parte larga y difícil de la operación y la pérdida de sangre disminuía de una manera notable la resistencia de las enfermas. El Dr. G. Brown Miller, del Hospital John Hopkins, fué el primero que tuvo la idea de rodear la vagina con suturas interrumpidas antes de abrir el abdomen; de este modo se facilita grandemente el descubrimiento del origen de la hemorragia de la mucosa vaginal en el momento de la extirpación del útero.

El Dr. Guy, L. Hunner, su sucesor, adoptó el mismo procedimiento, pero tardó poco en abandonarlo. El Dr. Sampson, cirujano del mismo Hospital, impresionado por los dibujos y las disecciones de Max Brödel, que demostraban la existencia de venas numerosas en las paredes de la vagina, sobre todo, en su parte lateral, tuvo la idea de hacer suturas, pero más profundas que las de Müller. Por delante procuraba no llegar á la vejiga, por detrás llegaba hasta la mucosa rectal, guiando la aguja con un dedo introducido en el recto, y por los lados hacía una picadura que llegaba hasta el hueso. El mejor material para la sutura es el catgut. Este procedimiento de Sampson es excelente, sólo exige de cinco á diez minutos y permite hacer la histerectomía casi sin perder sangre.

Jamás ha visto la infección propagarse á lo largo de estas suturas y admite que la economía de sangre compensa con mucho el riesgo que podría correrse así.

Emplea el método de desagüe á lo largo del ureter, como hace Krönig,

pero prefiere una mecha de gasa al tubo de caucho. No es partidario de la operación vaginal que cada vez se emplea menos. Hace dos años pedía que la histerectomía vaginal fuese reservada á las mujeres obesas, en las que la operación abdominal es difícil; en estos casos la grasa peritoneal contiene vasillos numerosos muy friables, difíciles de ligar, y Krönig ha demostrado que en tales enfermas el ureter se encuentra precisamente á su entrada en el ligamento ancho, en un sitio poco protegido. En la operación vaginal es difícil circunscribir las vegetaciones; la herida del ureter casi nunca se evita, y la mayor parte de la operación se practica á ciegas; además, no es posible conocer el estado de los ganglios. La operación de Wertheim con las modificaciones indicadas, es de buen pronóstico, y creo que las modificaciones nuevas perfeccionarán esta técnica.

Esto abre un campo fértil para la cirugía abdominal. Es necesario, sin embargo, hacer comprender al vulgo que el cáncer del útero no es siempre una enfermedad incurable y que muchas enfermas curan definitivamente. Cuando la mayoría de los prácticos estén convencidos de esto, en cuanto las mujeres tengan un flujo leucorréico ó acuoso inusitado, consultarán para conocer la causa lo mismo que consultan con un dentista no bien las duelen las muelas.

El Dr. Jonnesco (de Bucarest): Antes de criticar los diversos métodos operatorios y de demostrar su eficacia é indicaciones, haré algunas consideraciones sobre la extensión del cáncer uterino y sobre las recidivas después de la operación.

Extensión del cáncer uterino.—Hay una diferencia indiscutible desde este punto de vista, entre el cáncer del cuerpo y el del cuello del útero. El primero es indudablemente el más benigno; tiende poco á propagarse al exterior y á reproducirse después de operado. Todas las estadísticas lo prueban, pero es una forma relativamente rara.

El cáncer del cuello tiende, por el contrario, á la propagación rápida hacia el cuerpo de él ó hacia las vísceras inmediatas. Las recidivas post operatorias son más rápidas y más frecuentes. Según el sitio que ocupe la propagación, se hará en un sentido ó en otro. El *cáncer de la porción vaginal*, por ejemplo, tiende más que á la propagación á la recidiva.

El de la porción *supravaginal* del cuello es un adenocarcinoma de naturaleza muy maligna; invade con rapidez el cuerpo del útero, el tejido periuterino y los órganos inmediatos, pero recidiva con menos facilidad.

La *invasión del parametrio* tiene una gran importancia práctica, porque el estado del tejido celular de la base de los ligamentos anchos y de los úterosacros puede precisar las indicaciones operatorias y la elección del método operatorio.

La invasión paramétrica entraña necesariamente la de los órganos inmediatos por el proceso neoplásico ó por el inflamatorio, adhiriendo uno ó los dos uréteres, la vejiga ó el recto al útero canceroso.

Invasión ganglionar.—El sistema linfático es la vía de propagación ordinaria del cáncer. ¿Es aplicable al cáncer uterino esta regla absoluta? Y cuando esta extensión se produce ¿en qué época ocurre? Tal es el problema que debe resolver el cirujano al decidir su intervención. Indudablemente en los casos antiguos y extensos de cáncer del útero, la invasión de los

ganglios pelvianos es la regla; ¿pero esta invasión se produce desde el principio ó sólo después?

Fundándose en sus investigaciones, saca Wertheim las conclusiones siguientes:

1.ª En cierto número de casos de cáncer uterino, los ganglios de la región se afectan relativamente pronto;

2.ª En los cánceres, aun incipientes, los ganglios pueden afectarse;

3.ª Muchas veces no puede decirse de antemano si los ganglios están afectados y el examen microscópico es el único que permite afirmarlo;

4.ª El estado del parametrio, tal como se observa por la palpación, no permite deducir el estado de los ganglios, ni afirmar si el cáncer se ha propagado ó no á él.

Según mis observaciones, los ganglios son cancerosos en el 61'5 por 100 de los casos. Su volumen no se halla en relación directa con su estado.

En resumen, el estudio que acabamos de hacer nos permite sacar las conclusiones siguientes:

a) La invasión ganglionar es frecuente: 81'5 por 100 de los casos (Wertheim), 61'5 por 100 (Jonnesco);

b) Los ganglios pueden infartarse aun en los cánceres limitados sin la menor infiltración del parametrio;

c) La infiltración cancerosa del parametrio no implica la invasión de los ganglios por la neoplasia;

d) La invasión ganglionar puede ser precedida por la trombosis cancerosa de los vasos y espacios linfáticos periuterinos. Esta puede existir sin infiltración paramétrica ni degeneración ganglionar;

e) El volumen en los ganglios no está en relación directa con su invasión por la neoplasia;

f) No hay etapas regulares en la marcha de la invasión ganglionar; los ganglios distantes pueden estar degenerados y los próximos indemnes;

g) El sitio, la extensión y la forma clínica del cuello, no tienen relación alguna directa con la invasión de los ganglios linfáticos;

h) Vista la incertidumbre en que nos hallamos sobre la existencia ó la no existencia de la propagación al parametrio ó á los ganglios, tanto clínicamente como hasta después del examen directo, la única intervención racional en el caso de cáncer uterino operable, es la extirpación por la vía abdominal con extirpación completa lumbopelviana.

Las recidivas del cáncer del útero, después de las intervenciones operatorias, se observan muy á menudo. El conocimiento exacto de su frecuencia, de su naturaleza y de su sitio, es importantísimo, porque permite deducir el método operatorio que permita evitarlas.

Técnica operatoria.—He aquí mi técnica operatoria, que empleo sin excepción en todos los casos.

1.° *Preparación de la enferma.*—Durante los dos ó tres días que preceden á la operación, se desinfecta la vejiga dos veces cada veinticuatro horas, por medio de lavatorios abundantes con permanganato de potasa y agua oxigenada, y después de cada irrigación se la tapona con gasa yodoformada. El día de la operación, y poco antes de practicarse ésta, se hace el último lavatorio vaginal y es taponada la vagina sin distenderla; se limpia á la vez la pared

abdominal, lavándola con jabón de potasa esterilizado y con un cepillo durante diez minutos; después se la lava con alcohol y una disolución de sublimado, y se aplican sobre el vientre compresas de gasa esterilizada, cubiertas con gutapercha, sujetando todo con un vendaje de gasa que se corta y separa cuando la enferma se encuentra tendida en la mesa de operaciones.

2.° *Laparotomía* (se practica estando la enferma en posición declive).

Abierto el peritoneo, se fijan sus labios á la piel de cada lado por medio de pincitas de dientes especiales, para cerrar cada labio de la herida de la pared. Después, mi ayudante y yo, cada uno por su lado, subimos las piezas de un separador; las valvas dirigidas con fuerza á cada lado, se fijan al soporte, separando así sobremanera los labios de la herida abdominal y descubriendo extensamente toda la entrada de la excavación pelviana, una gran parte de las fosas ilíacas y de la región lumbar media.

3.° *Aislamiento de los anejos, sección de los ligamentos infundibulopelvianos y redondos entre ligaduras, sección de los ligamentos anchos.*—El colon pelviano es elevado é invertido con la masa intestinal delgada hacia el diafragma; el campo operatorio se aisla perfectamente de la cavidad abdominal por grandes compresas de gasa esterilizada. El fondo del útero es cogido con los dientes de una gran pinza curva de Museux y dirigido hacia arriba y adelante con la mano izquierda del operador, mientras que la derecha procura dejar libres los anejos. Una vez libres éstos, el útero es elevado con facilidad. Se confía á un ayudante la pinza, que dirige á la izquierda y hacia arriba, en tanto que el operador coge con los dedos de la mano izquierda el borde libre del ligamento ancho derecho y le eleva, tirando hacia adentro para poner tenso el ligamento infundibulopelviano de este lado. El ayudante, mientras sujeta con la mano izquierda la pinza, presenta con la derecha la aguja de Deschamps, enhebrada previamente con el catgut número 0. La aguja se pasa de atrás á adelante debajo del pedículo vascular del anexo (uteroovárico), á través de las dos hojas peritoneales del ligamento infundibulopelviano. El primer hilo se pasa y anuda lo más cerca posible de las paredes pelvianas. Otro segundo hilo se pasa á un centímetro por dentro del primero y el ligamento infundibulopelviano se secciona entre estas dos ligaduras con unas tijeras. Se secciona la hoja anterior del ligamento ancho, hasta el ligamento redondo del mismo lado. Este es seccionado también entre dos ligaduras, cerca del orificio interno del conducto inguinal, lo más lejos posible del útero. La incisión de la hoja peritoneal anterior, es continuada hacia adelante, hasta el fondo de saco vesicouterino, dentro del borde correspondiente del útero. El ligamento ancho izquierdo se encuentra así abierto en gran extensión por delante; se le desprende, igual que los anejos, de sus inserciones pelvianas laterales y anteriores. Se repite la maniobra en el lado derecho. Los ligamentos libres se cuelgan á derecha é izquierda del útero con los anejos que contienen.

4.° *Ligadura de las arterias hipogástricas.* — Después de haber seccionado la hoja posterior del ligamento ancho, á lo largo de los vasos ilíacos, se penetra primero á la derecha, entre las dos hojas del ligamento, y se desprende el peritoneo pelviano á lo largo de los vasos ilíacos externos que se siguen, hasta que el dedo toca la bifurcación de la ilíaca primitiva. Se denuda entonces con la sonda acanalada la arteria y se la aisla de la vena subyacente;

exactamente encima de la bifurcación de la ilíaca, se pasa debajo de la arteria la aguja de Deschamps, enhebrada con catgut número 1, destinado á ligar el vaso. La ligadura de la hipogástrica izquierda, presenta algunas particularidades, á causa de sus relaciones con la raíz del mesocolon pelviano que la cruza.

5.° *Separación de la vejiga.*—Se corta con las tijeras el puente peritoneal que une, delante del útero, las hojas peritoneales de los ligamentos anchos. Después se separa la vejiga de la pared vaginal anterior, desprendiéndola de delante á atrás. Esta separación, fácil en la mayor parte de los casos, puede ser más laboriosa cuando hay relaciones íntimas entre los dos órganos.

Suele tropezarse con dificultades en los lados, aunque no haya infiltración del parametrio. Conocer este detalle es evitarle con seguridad.

El mandil peritoneal vesical se fija á la piel y se mantiene elevado con pinzas mientras dura la separación y durante los demás tiempos del acto operatorio.

6.° *Disección de los uréteres; aislamiento y sección de las arterias uterinas entre dos ligaduras.*—El descubrimiento del ureter principia en su punto de penetración de la pelvis, es decir, hacia la bifurcación de las ilíacas. Se le encuentra con facilidad á lo largo de los vasos ilíacos y unido á la hoja posterior del ligamento ancho; se le sigue de atrás á adelante aislándole del tejido celular inmediato en todo su recorrido pelviano. El aislamiento del ureter es posible siempre, porque jamás se adhiere en realidad á las paredes del tunel conjuntivo, sino que se desliza por dicho tunel y se encuentra entre él y sus paredes un plano de deslizamiento que permite aislar con facilidad el órgano. Después de haber desprendido el ureter de la pared uterovaginal, se pasa la sonda acanalada ó el dedo índice de la mano izquierda debajo del cordón formado por la arteria uterina aislada previamente; se levanta la arteria y se continúa hacia los planos de la arteria; antes de ligarla se la anuda en todo su trayecto. Se aplica una ligadura doble de catgut 0 sobre la arteria uterina cerca de su origen y se secciona el vaso.

Entonces el ureter se deja libre por todas partes y se le sigue disecando hasta su penetración en la vejiga, desprendiéndola poco á poco de la pared vaginal lateral, á la que se adhiere de ordinario, aunque ligeramente. Se hace lo mismo en el lado opuesto, dejando así libres los dos uréteres. El aislamiento tan completo del ureter produce con frecuencia esfacelos más ó menos tardíos; para evitar este inconveniente he procurado dejar en ciertos sitios una cubierta peritoneal. Cuando es herido el ureter al desecarlo, si la herida es pequeña, hago la sutura inmediata; pero si la sección es total, ó casi total, practico la ureterocistoneostomía ó la ligadura del extremo superior y la nefrectomía secundaria.

7.° *Incisión del seno de Douglas; sección de los ligamentos uterorectosacros; aislamiento uterovaginorectal.*—El ayudante tira del útero hacia arriba y adelante para dejar al descubierto el seno de Douglas y poner tensos los ligamentos uterorectosacros. Por una incisión transversal se corta el peritoneo que cubre el seno de Douglas de un ligamento ancho á otro, y además los ligamentos uterosacros. Se aisla del recto todo lo más posible la pared vaginal posterior. Esta disección ocasiona algunas veces heridas del recto, que conviene suturar sin perder tiempo.

8.° *Amputación de la vagina.*—La vagina, desecada ya en bastante extensión por delante y por detrás, se aisla de la vejiga y del recto. Se procura aislarla también por los lados separando sus bordes de los flancos pelvianos, pero dejando en la vagina todo lo más posible de tejido celular. Esta disección se prolonga hasta el suelo de la pelvis, es decir, hasta los músculos elevadores del ano. Una vez completamente libre la vagina, se cierra el conducto vaginal por debajo de la lesión cancerosa del cuello, lo más lejos posible, con una pinza muy curva y de dientes largos.

A un centímetro más abajo de esta primera pinza se coloca de la misma manera, y siempre de derecha á izquierda, otra segunda, que ocluye por completo la vagina. Después de comprobar que las pinzas cogen sólo la vagina, se confían á un ayudante, que las sujeta con la mano derecha, tirando hacia sí y separándolas en lo posible, pero sin ejercer tracciones intempestivas para aumentar el espacio comprendido entre aquellas. Entonces el operador con el bisturí secciona, de derecha á izquierda, el puente vaginal intermedio á las pinzas.

Una vez terminada la sección vaginal, se eleva en una sola pinza el útero, sus anejos y una gran parte del conducto vaginal, sujeto por la pinza superior, y una gran parte del parametrio que ha quedado adherido al útero y á la vagina al aislar ésta. De este modo ninguna partícula cancerosa, ningún elemento séptico puede fluir del conducto vaginal mientras se amputa la vagina.

Después de haber extirpado la masa del útero y sus anejos, el conducto vaginal permanece cerrado del lado de la pelvis por la segunda pinza, la inferior, que queda aplicada hasta el fin de las maniobras pelvianas.

9.° *Limpieza ileolumbopelviana*; *disección y extirpación del tejido celular de la pelvis, de las fosas ilíacas y de la región lumbar con todos los ganglios y los vasos linfáticos que contienen.*—Antes de describir este tiempo, el más delicado é importante de la operación, es útil recordar la topografía exacta de los vasos y de los ganglios linfáticos del útero.

Los linfáticos del cuello nacen á cada lado y se reunen en dos pedículos:

1.° El *pedículo posterior*, formado de dos ó tres troncos que se dirigen directamente hacia fuera, pasando delante del ureter. Termina en los ganglios medios y superiores de la cadena media del grupo ilíaco externo. En el sitio en que cruza al ureter puede encontrarse un nódulo ganglionar. Marcille señala también la existencia de un ganglio yuxtacervical y de ganglios pequeños en el fondo de saco de la vagina.

2.° El *pedículo transversal*, retro é infraureteral, está formado de vasos que se dirigen unos á los ganglios situados á lo largo de los troncos viscerales de la hipogástrica, otros á los ganglios sacros laterales después de caminar á lo largo del suelo muscular de la pelvis á los lados del recto y por la cara anterior del sacro; otros, por último, van á los ganglios del promontorio.

Los *linfáticos del cuerpo* forman tres pedículos: uno principal, cuyos vasos, procedentes del cuerno anterior, siguen los vasos espermáticos internos y penetran en los ganglios yuxtaaórticos, algo por debajo del hilio del riñón, y dos *pedículos accesorios*, de los que uno va á los glanglios externos y otro á los inguinales superficiales, siguiendo el ligamento redondo.

El conocimiento de la *topografía de los ganglios ileopelvianos*, que pueden afectarse todos en el cáncer del útero, es importantísimo para saber buscarlos. Marcille, que ha hecho un estudio completo de este asunto, distingue tres grupos ganglionares :

a) El *grupo ilíaco externo* que forma *tres cadenas* ganglionares alrededor de los vasos ilíacos externos: una *externa*, situada á lo largo del borde externo de la arteria (tres á cuatro ganglios); una *interna* que se halla por dentro de la vena (tres á cuatro ganglios), uno de ellos retrocrural situado debajo del nervio obturador; ganglio del nervio obturador que se afecta casi siempre en el cáncer del útero; otra media situada entre los dos vasos (dos á tres ganglios).

b) Los *ganglios hipogástricos*, cuatro á seis, diseminados entre las ramas de la arteria hipogástrica.

c) Los *ganglios ilíacos primitivos*, que forman alrededor de la arteria ilíaca primitiva tres grupos : *externo*, que sigue el lado externo de la arteria; *interno*, formado de dos porciones; *ganglios del promontorio*, situados cerca del ángulo de bifurcación de la aorta, sobre la vena ilíaca primitiva izquierda, en el ángulo formado por esta vena con la arteria ilíaca primitiva derecha; *ganglios sacrolaterales*, en número de dos, situados uno á cada lado por dentro del agujero sacro; finalmente, el *grupo medio* ó *posterior*, situado á bastante profundidad por detrás de los vasos gruesos (grupo *retrovascular*). Los ganglios descansan sobre los nervios obturador y lumbosacros, y están cubiertos por la arteria ilíaca primitiva y la confluencia de las venas ilíacas subyacentes. Para descubrirlos es necesario elevar los vasos. He encontrado siempre estos ganglios hipertrofiados en el cáncer del útero.

10. *Limpieza lumboileopelviana.*—Comprende la extirpación del tejido celulograsoso de la pelvis, de las fosas ilíacas y de las regiones lumbares inferiores con los vasos linfáticos y los ganglios correspondientes. La practico en cinco tiempos :

a) El primero comprende la limpieza de los flancos de la pelvis y de los bordes internos de las fosas ilíacas, es decir, la disección de los vasos ilíacos externos, del nervio obturador, de la arteria umbilical y de la fosa obturatriz.

b) El segundo comprende la disección de los vasos hipogástricos y de sus ramas. Principia en la raíz ilíaca interna y se continúa de arriba á abajo.

c) En el tercer tiempo limpio la fosa sacrorrectal.

d) El cuarto tiempo consiste en la disección de los vasos ilíacos primitivos, aorta y vena cava. Suele encontrarse una cadena ganglionar á lo largo del flanco externo de la ilíaca primitiva izquierda, que se prolonga por arriba por el lado izquierdo de la aorta abdominal, y á la derecha otra cadena á lo largo del lado derecho de la arteria ilíaca primitiva derecha, que se continúa por el mismo lado de la vena cava.

e) Por último, en el quinto tiempo raspo la fosa lumbosacra de cada lado.

11. *Desagüe de la pelvis por la vagina.*—Lo empleo siempre, porque es una gran garantía; permite, en efecto, el derrame fácil de la serosidad segregada por las superficies denudadas; favorecen también la salida de la poca sangre venosa que puede derramarse después de la lesión inevitable de las

venillas hipogástricas; finalmente, facilita el taponamiento de esta gran superficie pelviana durante las primeras cuarenta y ocho horas.

Después de terminar la limpieza lumboileopelviana, separo la pinza que cierra el conducto vaginal é introduzco por la pelvis en la vagina dos mechas de gasa esterilizada, apelotonando á cada lado de la pelvis la mayor parte, para llenar las grandes fosas obturatrices vaciadas durante la operación.

12. *Peritonización. Oclusión de la pelvis por el mesocolon pelviano, suturando el borde libre del colon pelviano al peritoneo ilíaco y vesical.* — La peritonización del orificio superior de la cavidad pelviana y el aislamiento completo de esta cavidad de la del abdomen por una bóveda peritoneal, puede hacerse de dos maneras. Cuando la exeresis peritoneal no ha sido muy extensa y quedan colgajos bastantes para suturar directamente el mandil peritoneal vesical al peritoneo del recto, se dan tres suturas á punto por encima: dos laterales, que suturan lo que queda de las hojas posteriores de los ligamentos anchos al peritoneo ilíaco, y otra media por la que se sutura el mandil peritoneal vesical al peritoneo rectal. Para las suturas se emplea el catgut número 0.

Cuando á causa de una exeresis muy extensa no hay tejido suficiente para obtener esta peritonización, lo que ocurre muy á menudo, se cierra la pelvis por medio del mesocolon pelviano.

13. *Oclusión del abdomen.* — Se hace por medio de dos planos de sutura, siguiendo un procedimiento especial.

La cura es sencilla: una capa ligera de gasa esterilizada cubierta por una capa ligera de algodón esterilizado, sujeto todo con un vendaje de franela. Jamás aplico hielo sobre el vientre.

Los cuidados post operatorios son sencillos: las mechas pelvianas se separan á las cuarenta y ocho horas, y son sustituídas por otra más pequeña que llega poco más allá del conducto vaginal, lo que permite la oclusión rápida de la pelvis por la cicatrización del orificio vaginal. Las irrigaciones vaginopelvianas sólo se practican en casos de absoluta necesidad y tarde, cuando hay seguridad completa de que está cerrada la bóveda peritoneal para evitar que el líquido pase al abdomen. Para esta irrigación se usa el suero artificial esterilizado.

La operación, aun en los casos más complejos, dura hora y media.

Cuanto á sus resultados, puede admitirse, según las estadísticas más recientes, una mortalidad operatoria de 5'35 por 100 en los casos de cáncer limitado y de 34'37 por 100 en los más ó menos extensos.

Respecto á los resultados lejanos, es aún imposible preveerlos á causa de la fecha reciente de los últimos procedimientos, y además la diversidad de los procedimientos empleados no permite la comparación entre las diversas estadísticas.

Conclusiones. — El tratamiento quirúrgico del cáncer del útero puede dar resultados muy satisfactorios prolongando la vida, y hasta permite obtener la curación radical.

La operación electiva del cáncer del útero es la que permite la ablación completa de este órgano, de sus anejos, del tejido celular, de los vasos y ganglios linfáticos pelvianos, ilíacos y lumbares inferiores.

Como la vía abdominal no permite semejante intervención, debe abando-

narse, reservándola únicamente para las operaciones parciales y paliativas.

La vía abdominal es solo la que permite la exeresis extensa. Es la única á que puede recurrirse siempre que sea posible practicar la operación completa.

Todas las operaciones practicadas por esta vía sin la extirpación completa indicada, son incompletas y simplemente paliativas.

Las castración abdominal total seguida de la disección completa de la pelvis, de las fosas ilíacas y de los lomos, es una operación racional, posible, benigna y eficaz. Es la operación electiva en el cáncer del útero.

Esta operación no debe practicarse más que en los cánceres limitados, en los que clínicamente, ó después de la abertura del abdomen, se comprueba la posibilidad de extirpar todo y no dejar nada de tejido celular ni ganglio linfático alguno.

Los cánceres difusos sólo son susceptibles de tratamiento paliativo.

La condición indispensable para el porvenir del tratamiento quirúrgico del cáncer del útero, es la posibilidad de operarlo lo antes posible.

He hecho caso omiso en este trabajo del tratamiento paliativo del cáncer uterino, cuestión de poca importancia, y de la del tratamiento quirúrgico en los casos complicados con embarazo, en los que no tengo la menor práctica.

(*La Presse medicale*).—F. Toledo.

(*Continuará*).

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del dia 28 *de Octubre de* 1902 (1).

Bocio exoftálmico.—El Dr. *G. H. Murray* leyó un trabajo sobre este asunto, en el que expuso la historia clínica de 120 casos que ha observado. De éstos, 10 recayeron en hombres y 110 en mujeres. Las mujeres eran 57 casadas, 1 viuda y 42 solteras. El enfermo más joven tenía quince años y el más viejo sesenta y cinco. Ninguno de los padres de los enfermos habían padecido bocio, pero sí padecieron bocio exoftálmico algunos de sus hermanos ó hermanas. La emoción brusca ó prolongada fué al parecer la causa determinante en ciertos casos. El primer síntoma, notado de ordinario fué el bocio, pero en 19 enfermos hubo palpitación. El bocio existía en 117 casos. El número de pulsaciones estaba aumentado en todos los enfermos y variaba de 90 á 200; en 66 casos fluctuaba entre 120 y 150 y en 31 entre 140 y 150. En 32 casos no hubo exoftalmos, en 3 desapareció y en 79 persistió. La caída del párpado superior se observó en 36 casos de 91. La retracción de los párpados superiores existía en 47 casos y faltaba en 29. Había en 111 temblor ligero de las manos y en 6 también de los piés. En 4 no se observó temblor. En 7 se notaron alteraciones nerviosas. Varios de estos enfermos eran muy insensibles al frío. Uno presentó síntomas innegables de locura y 2 tuvieron alucinaciones. En algunos enfermos los síntomas se exacerbaron de re-

(1) Primera del Curso académico actual.

pente, durando la exacerbación algunas horas. Quince enfermos se quejaron de debilidad de las piernas. En 76 la piel presentó humedad anormal; en 22 pigmentación. En 10 hubo alopecia; en 35 tendencia á la diarrea y, de 19, en los que se analizó la orina, en 4 contenía albúmina, en 3 azúcar. En 23 enfermas de las 110 se presentaron trastornos de la menstruación. Veinticinco enfermos enflaquecieron de una manera notable. El curso de la enfermedad fué variable. En ningún caso hubo mixœdema. Respecto al tratamiento, en algunos casos la permanencia en el lecho durante tres ó cuatro semanas fué esencial. Si la consunción es grande está indicado el tratamiento de Weir Mitchell. En los casos menos graves conviene la vida tranquila de campo. Las corrientes farádicas ligeras durante una hora noche y día por espacio de varios meses. La belladona no es eficaz. La convalaria ha sido más eficaz que los demás tónicos cardíacos para disminuir el número de pulsaciones. Los bromuros son útiles contra los trastornos nerviosos. La glándula tiroides es perjudicial, pero el timo y el extracto de cápsula suprarenal es útil.

El Dr. *Hale White* describió los casos que había observado. El reumatismo febril figuraba muchas veces entre los antecedentes familiares ó personales. En bastantes casos el bocio estaba asociado con una enfermedad mental. En muchos hubo poliuria precoz, y en varios la orina contenía una substancia reductora del cobre. La consunción y la anemia fueron notables; en ciertos casos hubo pigmentación de la piel y en uno la piel era de color tan obscuro como en la enfermedad de Addison. En varios casos la enfermedad fué consecutiva á la influenza. Las glándulas de Peyer estaban aumentadas en los casos fatales. ¿Es debida á esto la diarrea? El timo estaba también hipertrofiado con frecuencia. La belladona fué útil muy pocas veces ó ninguna, igual que las pastillas de extracto de timo ó de cápsula suprarenal. El mejor tratamiento es probablemente el higiénico y la quietud.

El Dr. *W. Ewart* indicó la incertidumbre que reina en el pronóstico y en la terapéutica de esta enfermedad que es, sin embargo, susceptible de tratamiento en muchos casos. Depende probablemente de una intoxicación crónica en los sujetos susceptibles y va acompañada de alteraciones anatómicas. La diarrea, que se presenta con tanta frecuencia, aunque paralítica en parte, es probablemente tóxica ó fermentativa. Hasta las alteraciones tiroideas son, según toda probabilidad, resultado de una influencia tóxica. Ha observado dilatación gástrica en todos sus casos. El tratamiento más importante es el higiénico. El arsénico es útil. En un caso la curación ocurrió mientras el enfermo tomaba pastillas de tiroides.

El Dr. *H. D. Rolleston*, refiriéndose al temor y á la ansiedad, como causas supuestas de la enfermedad, citó la frecuencia mayor de los casos después de la guerra con el Transvaal.

El Dr. *A. Mande* dijo que lo más notable del trabajo del Dr. Murray es el número excesivo de casos de bocio parenquimatoso preexistente. La enfermedad es rarísima en la India, y en general en todo Oriente. En Calcuta y Lahore es casi desconocida, aunque el bocio parenquimatoso es frecuentísimo. Lo mismo ocurre en China. Después del sitio de París se observaron bastantes casos, igual que sucede ahora después de la guerra Sudafricana. El temblor es quizá el síntoma más importante después de la triada sintomática y de los trastornos mentales. No son bien conocidas las alteraciones

del tiroides. Las alteraciones oculares sólo sirven para confirmar el diagnóstico. Ha observado insomnio en casi todos sus casos. En veinticinco años, sólo ha visto morir de enfermedad de Graves tres enfermos: uno por influenza, otro por pericarditis, y otro por endocarditis sépticas. Jamás ha observado la curación completa. Las preparaciones de cacodilato no se emplean tanto como el arsénico. El timo sólo es útil cuando hay síntomas intestinales. El tratamiento de Nauheim no es de gran utilidad.

El Dr. *H. Mackenzie* dijo que había observado varios casos, notando un aumento en la proporción de los hombres respecto á las mujeres. La mayor parte de estos casos procedía de los países meridionales. No cree que tengan gran influencia los antecedentes hereditarios, pero sí la gripe y el reumatismo. De 52 casos faltaba el bocio en 5; en 6 existía dos años antes de presentarse los demás síntomas. Los ruídos orgánicos del corazón fueron raros, lo cual es notable, teniendo en cuenta la asociación con el reumatismo. El exoftalmos faltaba sólo en dos casos. En un caso, el exoftalmos fué el único síntoma que se observó durante tres años. El temblor era casi constante y los cambios psíquicos característicos. Los trastornos abdominales eran acentuados en todos los casos graves. La albuminuria se observó en seis casos, la poliuria en varios, y en éstos fué fácil producir la glicosuria alimenticia, administrando un exceso de glicosa. La demacración fué grande, desapareciendo al mejorar la enfermedad, y siendo sustituída por grosura y hasta por edema sólido de las piernas. Murieron sólo 6 enfermos de los 52. Las recaídas fueron frecuentes y las curaciones raras. El tratamiento fué principalmente higiénico, quietud al aire libre y abertura casi continua de las ventanas de la habitación. Los medicamentos más útiles son: la belladona, los bromuros, los yoduros y el arsénico en el orden indicado. La electricidad es poco útil, y el amasamiento eficaz al parecer.

El Dr. *S. Vere Pearson*, dijo que de 4000 muertes ocurridas en el Hospital de San Jorge, sólo dos fueron debidas á esta enfermedad. Uno de los enfermos padeció á la vez reumatismo agudo y adherencias del pericardio. En el otro el cuerpo tiroides era voluminoso, pero no quístico; persistía el timo.

El Dr. *G. Newton Pitt* indicó que algunas veces, casos al parecer gravísimos mejoran bastante. Ha visto curar muy pocos enfermos, porque suele quedar siempre algo de exoftalmos. El tratamiento farmacológico no es, según su experiencia, de gran eficacia, pero tiene alguna. No hay medicamento infalible. En dos casos ha empleado, con éxito, el extracto de cápsula suprarenal, y en otros ha sido ineficaz.

El Dr. *Murray* dijo que en sus enfermos habían sido rarísimos el reumatismo febril, los síntomas mentales y la anemia. Ha hecho la autopsia en tres casos, en los que no encontró hipertrofia de las glándulas de Peyer. No ha observado en sus enfermos dilatación gástrica. Sólo una vez ha visto existir la taquicardia como síntoma aislado. Jamás ha observado el exoftalmos más que en un caso después de curar los otros síntomas.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 8 *de octubre de* 1902 (1).

Inversión del útero; cœliotomía vaginal anterior; uterotomía anterior y reposición del útero. Curación. — El Dr. *J. Taylor* describió un caso de inversión completa del útero que ocasionó una hemorragia peligrosa y vómitos rebeldes. El tratamiento adoptado y la operación practicada, corrigieron por completo la inversión.

El Dr. *Butler-Smythe* felicitó al Dr. Taylor por el éxito obtenido. Preguntó si se había empleado en este caso el repositor de Aveling. Lo ha usado casi siempre con éxito y es el instrumento más sencillo y eficaz, porque como carece de resorte está menos expuesto á deslizarse durante las tentativas de reposición.

El Dr. *Heywod-Smiht* dijo que en los casos de inversión crónica del útero, la compresión intermitente del fondo invertido es un procedimiento poco rápido, pero eficacísimo en muchos casos, porque la presión deja exangües los vasos y relaja el tejido muscular; si la presión se practica con el dedo pulgar en el orificio de una de las trompas, donde el tejido uterino es más delgado, es relativamente facil reducir la inversión.

El Dr. *Handfield-Jones* manifestó que no estaba de acuerdo con el tratamiento empleado por el Dr. Taylor en su caso. Ha observado recientemente un caso parecido en el que la inversión fué tan completa, que era imposible distinguir la línea divisoria entre la vagina y el extremo del cuello uterino. El útero colgaba como una masa piriforme de la vagina y el dedo pasaba de la mucosa vaginal á la cervical sin que fuera posible apreciar diferencia alguna. Lo mismo que en la enferma del Dr. Taylor la dificultad fué debida principalmente á que el útero era tan móvil que el repositor de Aveling no podía permanecer aplicado sobre el útero. Sin embargo, se consiguió reducirle por medio de tapones aplicados en la parte superior de la vagina y de maniobras pacientes. El resultado de la operación en el caso del Dr. Taylor es dejar una cicatriz larga y poco resistente en la pared uterina anterior y esto puede ser una causa de peligro si la enferma queda embarazada. Si la enferma se encontraba en una situación tan crítica, ¿no hubiera sido mejor extirpar el útero por la vagina, operación más sencilla, más corta y que va acompañada de menor colapso?

El Dr. *Herbert-Spencer* dijo que según su experiencia, no hay método reductor del útero invertido que pueda compararse con el instrumento de Aveling, y que son raros los casos refractarios á él. La dificultad debida á que el aparato se desliza del útero se observa en muchos casos. El caso de reposición manual citado por el Dr. Heywood-Smith, es interesante porque corrobora una opinión que ha defendido siempre, á saber: que con la presión continua y paciente se consigue vencer la resistencia del músculo uterino y reponer casi siempre el útero.

(1) Primera del curso académico actual.

El Dr. *Duncan* cree que si se hubiera aplicado el repositor de Aveling taponando la vagina alrededor, se habría reducido la inversión.

El Dr. *Blacker* preguntó al Dr. Taylor por qué había incindido el útero por su parte anterior, en vez de abrir primero el seno de Douglas é intentar la reducción después de romper las adherencias como aconseja Küstner. Cree que la objeción hecha por el Dr. Handfield Jones es muy fundada. En un caso reciente ha conseguido reducir con el instrumento de Aveling una inversión uterina de cuatro meses. La enferma estaba embarazada y dió á luz con toda felicidad. Como estos casos pueden ocurrir en mujeres jóvenes que es posible queden después embarazadas, el peligro de rotura uterina es grande, sobre todo cuando se necesita, como en el caso del Dr. Taylor, prolongar la incisión desde el fondo del útero hasta el orificio externo del conducto cervical.

(*British. Méd. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 2 de Julio de 1902.

Trigonocefalia.—El Dr. Salzwedel: Aquí presento un niño recién nacido cuya cabeza tiene el tipo trigonocéfalo. A consecuencia de un trastorno en el desarrollo, se han deslizado de tal manera las dos mitades del frontal, una sobre otra, que el cráneo forma un ángulo saliente en su parte anterior.

Tumor renal congénito.—El Dr. Salzwedel: Al niño que aquí presento le he extirpado un tumor renal congénito. Para extirpar los tumores renales voluminosos, juzgo que es más ventajoso el método transperitoneal que la incisión lumbar. La curación de la herida operatoria se verificó sin ningún contratiempo; la convalecencia fué muy feliz y el niño se restableció muy pronto. La naturaleza microscópica del tumor todavía no se ha comprobado con toda seguridad. La operación dió buen resultado en este caso, no obstante existir ya infartos ganglionares en la ingle y en la axila.

El Dr. Hansemann: En mi opinión, estos tumores renales congénitos son tumores embrionarios mixtos, cuyo punto de partida son los cuerpos de Wolff, según lo sospechó antes que nadie Birch-Hirschfeld. Tienen carácter maligno y pueden ocasionar metastasis.

Extirpación del útero.—El Dr. Mackenrodt: El hecho de no existir un método vaginal de extirpación del útero que permita suficiente acceso á los parametrios, me ha movido á idear un método que evite este defecto y que al mismo tiempo no exponga al peritoneo á ningún peligro. Con este objeto, por medio de una incisión separo los músculos rectos del abdomen de sus inserciones en la sínfisis, los invierto hacia arriba, abro después la cavidad abdominal, y en el límite superior de la pelvis menor coso el peritoneo de la pared abdominal anterior al de la posterior, creando de esta manera una cavidad extraperitoneal y completamente cerrada. Con un desagüe amplio impido que se infecte la gran herida del tejido conjuntivo. Con este procedimiento he practicado once veces la extirpación del útero sin tener más que una sola defunción, la cual fué debida á una lesión valvular. También sirve

este procedimiento para abrirse paso hacia el recto y para poder llevar á cabo la resección del mismo.

Ceguera psíquica; asimbolia; apraxia. — El Dr. Liepmann: Se conoce con el nombre de ceguera psíquica, aquel estado en que á pesar de que el individuo ve los objetos con una agudeza visual normal ó casi normal, no comprende de qué clase de objetos se trata. Se perciben la claridad, la forma, y en su caso los colores, pero estas percepciones no llegan hasta la conciencia. La ceguera para la lectura es la ceguera anímica para los caracteres escritos.

La sordera psíquica ó anímica es un estado análogo á la ceguera psíquica. La sordera verbal es una sordera psíquica parcial. La pérdida psíquica del tacto ó parálisis del tacto es el estado correspondiente en la esfera de la sensibilidad táctil.

La combinación de estos tres estados da por resultado la asimbolia. El enfermo ya no es entonces capaz de percibir, mejor dicho, de reconocer ninguna cosa del mundo exterior. Sería por lo tanto más acertado dar á este estado el nombre de agnosia.

La consecuencia de este estado es el uso completamente trastrocado de los objetos, estado que se parece mucho á la demencia y que se ha designado con el nombre de apraxia.

Aquí presento un maestro de canto, de cincuenta años, que padece de ceguera psíquica, otro sujeto con asimbolia y otro con apraxia. Este último estado es análogo á la afonía. Aunque no existe nada de parálisis, sin embargo, se hace imposible la realización de ningún acto.

En la asimbolia se han destruído las fibras de asociación entre los lóbulos temporal y occipital. En la apraxia que en el enfermo presentado está mucho más desarrollada en el lado izquierdo que en el derecho, se trata probablemente de un foco en el lóbulo parietal izquierdo.

Acción del sulfito sódico.—El Dr. Liebreich: En las cuestiones relativas á la química de los alimentos no sólo tienen importancia los trabajos experimentales y teóricos de las personas competentes, sino también las sentencias de las autoridades. Ahora bien; así como las publicaciones de nuestras autoridades están escritas con tanta circunspección y tantos miramientos que se puede, casi siempre, suscribir á todo lo que dicen, en cambio en los trabajos de nuestras autoridades imperiales superiores que tratan de estos asuntos, ó sea de la Dirección Imperial de Sanidad, se echa á veces de menos semejante seguridad incondicional de acierto. La causa principal de esto estriba en que la dirección superior del Instituto no se halla en manos de una persona competente en Ciencias naturales, sino en las de un empleado administrativo.

He de recordar la actitud que ha tomado la Dirección Imperial de Sanidad en lo relativo á la conservación del color rojo del picadillo de carne por medio del sulfito sódico. Este picadillo es la carne que más consume el obrero, porque no necesita ninguna otra preparación y porque, además, es muy barata, explicándose de ese modo el grandísimo consumo que se hace de este alimento. Pero hay que contar con que para ello se requiere que el picadillo tenga un color rojo que le haga apetitoso, color que se consigue añadiéndole cantidades mínimas de sulfito sódico.

Aunque esta adición se viene haciendo generalmente por los carniceros

desde hace muchos años, sin que la clase médica hubiera observado á causa de ella la menor alteración en la salud de los consumidores, se decretó su prohibición en vista de que dicha sal daña á los animales cuando se les da en cantidad excesiva. Respecto al hombre, no hay más dato en contra que la afirmación de Bornträger de Danzig, quien dice haber tenido eructos de hidrógeno sulfurado y de ácido sulfuroso después de la ingestión del sulfito sódico. Mas como quiera que estos dos gases se destruyen recíprocamente tan pronto como se ponen en contacto, debe haber un error en lo dicho por Bornträger, y yo sospecho más bien que los eructos tendrían olor á ajo.

Se ha procedido después á administrarles sulfito sódicó á los animales para comprobar su acción. Pero hay que tener en cuenta, ya *a priori*, que aun en el caso de que grandes dosis de una substancia, ó quizá con la ingestión de ésta sola, se produjeran efectos realmente nocivos, de ninguna manera prueba esto que habrían de ser nocivas cantidades pequeñas de la misma substancia, como son las que se necesitan de sulfito sódico para conservar la oxihemoglobina.

Kiouka afirma haber encontrado diversas lesiones en perros, á los que había estado administrando sulfito sódico durante mucho tiempo. Yo creo que el método empleado en estos experimentos no está á cubierto de objeciones, y no me sorprende tampoco que hayan abortado las perras preñadas á las que se les dió dicha sal, porque la interrupción de la preñez no es un hecho nada raro en los animales de laboratorio. Lebbus, que repitió los experimentos de Kiouka, no pudo confirmar los resultados de éste, y tampoco se observaron en los experimentos que hemos hecho v. Hansemann y yo. La destrucción granulosa que Kiouka pretende haber observado en los glomérulos del riñón no es otra cosa que la señal de una glicosuria alimenticia, como la que no es raro observar en los animales que se alimentan de un modo exclusivo, ó casi exclusivo, con carne.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 8 *de Mayo de* 1902.

Embarazo en un cuerno uterino rudimentario. — El Dr. *Kipavsky* presenta una preparación y refiere que la enferma, de veintitrés años, había parido normalmente dos años y medio atrás, muriendo el niño á las dos semanas; á las cinco semanas después del parto enfermó de intermitente; la menstruación, que había vuelto varias veces, cesó y el vientre creció durante nueve meses; entonces el vientre involucionó y la menstruación reapareció; luego faltó por ocho semanas. La matriz se encontró inclinada hacia adelante, correspondiendo su volumen á un embarazo de dos meses; los anexos izquierdos estaban un poco abultados, del mismo fondo del útero partía un tumor móvil, sólido, elástico, pero sin fluctuación, sentado sobre un pedículo del grosor de un dedo meñique. Al principio el diagnóstico osciló entre

un dermoide pediculado del ovario y un inomioma, mas cuando se notó crepitación en el tumor y se palpó la fontanela, se fijó en un embarazo extrauterino, tubario, intestinal ó en un cuerno rudimentario. Se prescindió de la röntgengrafía por no tener confianza en un resultado positivo. En la laparotomía el pedículo del tumor fué excindido en cuña; la placenta se hallaba sobre el pedículo del cuerno rudimentario. La operada sanó.

Inomioma intersticial —El profesor *Ott* presentó á una mujer de veinticinco años á la cual había enucleado de la pared anterior de la matriz, abriéndola á beneficio de la laparotomía, un inomioma intersticial del volumen de la cabeza de un hombre adulto, molestando á la paciente por abundantes hemorragias durante siete semanas seguidas.

Procesos puerperales sépticos, intrauterinos y su tratamiento.—El Dr. *Matseyevsky* hace constar que el proceso séptico suele localizarse en una porción determinada del útero, más á menudo en el conducto cervical, con frecuencia también en el segmento inferior, rara vez en la parte superior, y sobre todo en el fondo, cuya secreción suele presentarse completamente limpia; también el *carácter séptico* de la secreción es más pronunciado en la porción inferior y se atenúa hacia arriba. Esto se explica por un lado por el hecho que generalmente la sepsis entra durante la exploración, y por otro que hay dos circunstancias naturales que dificultan su propagación, á saber : 1.ª, el flujo loquial; y 2.ª, las contracciones del orificio interno y las del anillo de retracción, la aplicación de la pared anterior á la posterior, y finalmente, la inclinación del útero. Al principio, el papel principal corresponde al flujo de las secreciones ; á medida que ésta disminuye, entra en juego la segunda categoría de factores. Se trata evidentemente de un fenómeno de suiprotección del organismo, pues preservando el fondo de la matriz de la región sepsis, la naturaleza ampara la inserción de la placenta, cuya infección conduce fácilmente á la piemia.

Siendo esto así, se comprende que la aplicación rutinaria de las medidas antisépticas, puede á veces producir más daño que provecho. Así, por ejemplo, cuando hay pus en el conducto cervical ó en el segmento inferior, un tapón de gasa, metido en el útero, contribuirá á la propagación de la sepsis y puede llevarla hasta la implantación de la placenta; en la vaporación del útero, el vapor escaldará los tejidos sanos y obrará insuficientemente sobre el proceso séptico ; lo mismo sucederá con la inyección de líquidos cáusticos, la introducción de hojas de yodoformo, etc. Los partidarios del tratamiento sintomático, colocando en primer término el uso de los antipiréticos, cardíacos y otros, se abstienen del tratamiento local de los procesos sépticos, persuadidos de que los métodos usuales hacen más daño que provecho. Estas opiniones extremadas y los buenos resultados de que ambos campos blasonan, prueban que en la mayoría de los casos los medios de suiprotección del organismo bastan para resistir á la sepsis lo mismo que á un tratamiento impropio. Considerando más racional la terapéutica que se adapte á las condiciones de cada caso concreto, Mateeyevsky aplica más veces su propio método, que consiste en la limpieza gradual del útero por la vía seca.

En cada enfermedad el organismo inicia por sí solo la lucha con los principios nocivos, en la cual le ayuda la intervención médica ; para determinar en cada caso el efecto de ésta última, es preciso averiguar los métodos de la

defensa del organismo y determinar su eficacia. Mas en la patología, sobre todo la especial, hacen poco caso de esta lucha del propio organismo con la enfermedad, y este blanco debe llenarse, explicándose además de la etiología, anatomía patológica, sintomatología, etc., la suidefensa del organismo en cada enfermedad especial.

Importancia de la purificación del aire en los locales operatorios.—El doctor *V. L. Jakobson* comunica sus experimentos sobre la purificación al vapor del aire de la sala operatoria y la ablución con agua del gabinete de vendajes de la Clínica del Profesor Ott. Los experimentos se verificaron de la siguiente manera: Sobre la mesa operatoria se colocaron unos platillos de Petri con gelatina peptonizada ó con agar-agar, dejándolos abiertos durante media hora. El aire se investigó antes de la introducción del vapor, después de su completa precipitación, antes de la operación y durante la misma. El vapor se introdujo en la sala operatoria por medio de un tubo enlazado con un gran generador colocado en un local detrás de la pared de la sala. El vapor, penetrando en la sala con una presión de tres atmósferas, llenaba todos los rincones y rendijas con una niebla espesa que luego, durante dos horas, se condensaba en forma de lluvia. Por tal lavado, el número de las colonias en los platillos disminuyó hasta la décima parte. Mientras que antes de la vaporización el número de las colonias en 65 experimentos variaba de 11 á 71, después, $^1/_4$ de los platillos resultó estéril, y en los restantes halláronse de dos á cinco colonias.

Antes de la operación encontráronse hasta siete colonias en un platillo y durante la misma hasta 41. Como una de las causas de la impurificación del aire, ha de considerarse el gran número de personas que presencian las operaciones. En la sala operatoria no se descubrieron microbios patógenos, pero en la de vendajes, encontráronse estafilococos blancos y dorados y, en general, el número de los microbios precipitados sobre los platillos llegaba á 281 colonias en media hora. La ablución con agua redujo el número á $^1/_3$.

Jakobson explica la relativa pureza de la atmósfera de la sala operatoria por las siguientes circunstancias: 1.ª Está distante de las salas de enfermos. 2.ª En la misma sólo se verifican operaciones y ningún vendaje, operándose los casos purulentos en otro local. 3.ª La sala no funciona sino tres veces por semana, quedando cerrada el resto del tiempo. 4.ª La calefacción se hace de fuera, evitándose así las entradas inútiles. 5.ª Gracias á los caloríferos el tiro del aire va de la sala afuera y no al revés. 6.ª Cierta importancia tiene también el hecho de que la sala operatoria por tres lados da sobre el jardín.

El cuidado por la pureza de la atmósfera operatoria, concluye Jacobson su comunicación, no es menos indispensable para el cirujano que la observancia de las demás precauciones antiparasitarias.

(*Zhurnal akushertva*, etc.)—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la úlcera gástrica con el xeroformo. — Los notables resultados que viene obteniendo el Dr. Dieminger desde hace mucho tiempo con el xeroformo en las heridas y úlceras de la piel, le han inducido á emplear dicho medicamento en un caso de úlcera gástrica, con tanto más motivo cuanto que las noticias que ha publicado Fasano sobre el empleo del xeroformo en los casos de úlceras intestinales no sólo atestiguan sus buenos resultados, sino que también han puesto de manifiesto la no toxicidad del medicamento cuando se administra al interior.

El tratamiento empleado fué el siguiente: xeroformo cuatro veces al día 0'5 en sellos; vejiga de hielo á la región del epigastrio; antes del medio día un enema alimenticio; por la boca, de dos á tres tazas de leche fría en las veinticuatro horas. Por la noche, una inyección de morfina para procurar el descanso del enfermo.

Mientras se administró el xeroformo, no se presentó ninguna incomodidad ni tampoco tendencia al vómito.

A los diez meses no se había presentado recidiva. La falta absoluta de sensibilidad á la presión de la parte del estómago que antes estaba muy dolorosa; la falta de toda molestia dispépsica ulterior; el buen estado general y el aumento del peso del cuerpo, pueden considerarse como signos de curación.

En otros dos casos de úlcera gástrica en que el diagnóstico era también indudable, se obtuvieron con el xeroformo resultados no menos satisfactorios.—(*Allgem. med. Centralzeitung*).—R. DEL VALLE.

Medio de evitar el desarrollo de las pústulas de viruela. — El Dr. Lucas-Championnière emplea desde hace bastantes años, y siempre con buen resultado, un tratamiento abortivo de las pústulas variolosas y, por lo tanto, de las cicatrices. Consiste en tocar ligeramente una vez por día la cara, las manos y las mamas en la mujer, con un pincel mojado en la preparación siguiente:

Aceite de olivas.....	100 gramos.
Acido fénico puro.....	10 —

Este tratamiento, que debe principiarse en cuanto aparecen las pústulas, es bien tolerado. Las pústulas tardan poco en atrofiarse y no dejan cicatrices.—(*Journal de med. et de chir. pratiques*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ANO CONTRANATURAL CONSECUTIVO Á HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA

ENTERECTOMÍA Y ENTERORRAFIA. CURACIÓN

POR EL DOCTOR

D. MANUEL BARRAGÁN Y BONET

Médico del Hospital de la Princesa. Madrid.

I

Poco nutrida se encuentra la literatura médica de casos de ano contranatural operados, y mucho menos intervenidos con éxito; natural es que así sea, teniendo en cuenta, por un lado, la escasez de enfermos de esta clase y, por otra, la gravedad é inseguridad en los éxitos, según la intervención que nos propongamos (esterostomía de Dupuytren, enterostomía lineal, enteroanastomosis y resección circular). La elevada mortalidad de estas últimas, los pocos éxitos obtenidos con el enterotomo, intervención menos grave sí, pero no aplicable en todos los casos, como, por ejemplo, en la invaginación, enterramiento de ambas asas, fueron los motivos que nos obligaron á dejar los enfermos abandonados á su triste destino, á su repugnante molestia, siempre que la desnutrición no amenazara seriamente la vida, conducta que parecerá poco intervencionista, pero así lo hemos hecho y algunos lo aplaudirán.

Sabido es, por otra parte, que no son estos los únicos casos que se presentan en la práctica; hay otros, como el que es objeto de este artículo, en que la abertura intestinal radica en un punto alto del yeyuno, que el peligro de inanición es inminente y, entonces, ya no se trata de molestias más ó menos penosas, sino de la vida de un enfermo, que perdida la tiene en un plazo más ó menos largo, pero siempre corto, si no restablecemos la función intestinal.

En estos últimos, ya no son los clamores de los desgraciados que

piden con ansia que se les opere, sin pensar que nuestra intervención puede arrebatarles su existencia, á la cual tienen derecho y, nosotros, no somos quién para comprometerla; es, el deber de cumplir con una indicación vital, con la tranquilidad de conciencia que para estos casos necesitamos. Comprendida en esta serie se encontraba la enferma cuyo historial es el siguiente:

II

Trinidad Palou, de cuarenta y siete años, natural de La Carolina (Jaen), ingresó en el Hospital de la Princesa (1) el 31 de julio del año 1902.

Ha gozado de perfecta salud hasta hace próximamente seis años, en que comenzó á notar en el ombligo un bultito del tamaño de una avellana, que aumentó en poco tiempo, menos de un año, hasta el de un huevo: usó un braguero que le recomendó un médico, y consiguió con él la reducción, aunque no completa, del tumor. Así estuvo bastante tiempo, hasta hace cuatro meses en que empezó á sentir flatos y estreñimiento pertinaz: á los dos ó tres días sintió vivo dolor en el ombligo, que se extendía á todo el vientre; náuseas, vómitos después, abriéndosele espontáneamente el bultito, y quedándole un orificio por el que salían alimentos á medio digerir. Cansada la enferma de que su herida no cicatrizase, decidió venir al Hospital, ingresando con el siguiente

Estado actual. — La cara tenía ese aspecto de tristeza y demacración característico de los enfermos crónicos del aparato digestivo. El color de la piel presentaba un tinte subictérico, las mucosas pálidas y gran enflaquecimiento.

En el abdomen, al nivel del ombligo presentaba un orificio de 1 á 2 centímetros, por el que salían constantemente alimentos á medio digerir mezclados con los jugos intestinales; dolor á la presión en la misma zona y estreñimiento pertinaz.

Cansancio al menor esfuerzo, pulso débil y muy pequeño. En vista de los antecedentes y del estado de la enferma, se diagnosticó *ano contranatural consecutivo á hernia umbilical estrangulada.*

Tan mediano era el estado general, tan grande el grado de desnutrición de la enferma y tan grave la intervención indicada, que temiendo no pudiese tolerarla, se pensó mucho antes de hacer nada.

(1) He de consignar aquí que el joven y estudioso Dr. D. Alfredo Piquer, ha tomado una parte bastante activa, no sólo en el historial de la enferma, sino también como ayudante experto en el acto operatorio.

Esta situación se hizo más comprometida con la presentación de síntomas de oclusión intestinal en los días 6 y 8 de agosto, los cuales cedieron con la salida por el ombligo de una gran cantidad de materiales á medio digerir; nueva circunstancia que nos obligaba á no demorar por más tiempo la operación. Se indicó á la enferma la gravedad de ella y las contingencias á que se exponía, y no sólo consintió, sino que insistió en que se la operara, lo cual se llevó á efecto el día 11 de agosto último.

Preparación de la enferma.—Tres días antes estuvo sólo con alimentación de leche en corta cantidad, con el fin de que el contenido intestinal fuese el menor posible en el extremo aferente, é irrigaciones altas que habían de producir el mismo objeto en el eferente. Baño general el día anterior y rigurosa limpieza de la pared abdominal.

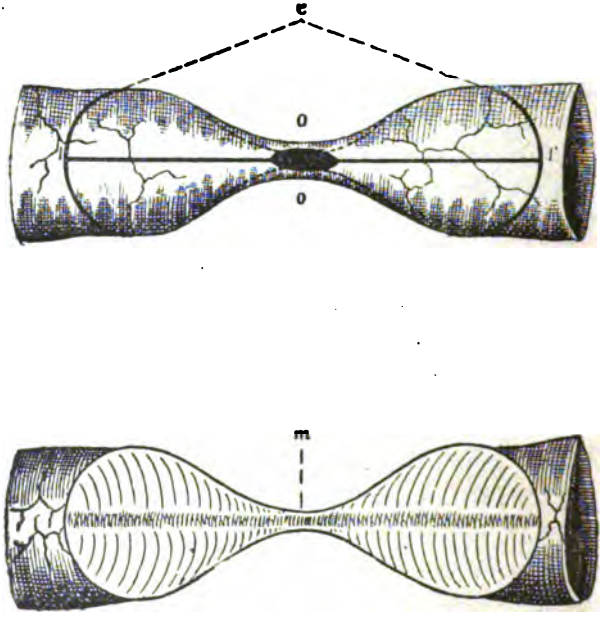
Operación: técnica.—Laparotomía.—La parte media de la incisión correspondía al ombligo y lo circunscribía á la izquierda profundizando hasta la abertura intestinal, no por capas, porque todas estaban en bloc, sino por sucesivos cortes y sirviéndonos de guía la sonda acanalada, que previamente habíamos colocado en el trayecto.

Llegamos á la abertura intestinal, y ni hacia arriba ni hacia abajo pudimos incindir libremente el peritoneo. De tal modo estaba éste adherido al intestino, que nos fué necesario practicar en aquel, superior é inferiormente en su parte libre, dos incisiones equidistantes del ombligo 4 ó 5 centímetros. Sirviéndonos de guía estas aberturas peritoneales, con el dedo pudimos separar al intestino de sus adherencias y atraerlo fuera para *darnos cuenta de la disposición que ofrecían los extremos aferente y eferente,* factor importantísimo para las maniobras consecutivas. Un orificio de forma elíptica (fig. 1.ª, *o*), su eje mayor, de 2 ½ centímetros, el menor de 1 ½; abajo y arriba, en la extensión de 4 á 5 centímetros, una estrechez (fig. 1.ª, *e*) tal, que con dificultad podía introducirse la punta del dedo pequeño y, por último, adherencias del epiplón al lado derecho. Separadas éstas con el termocauterio entre ligaduras de catgut, quedó completamente libre el intestino.

Hecho esto, hubo un momento de parada para pensar un poco en la conducta que debíamos seguir.

Por las condiciones de atrepsia de los extremos aferente y eferente, excluímos la idea, no solo de la sutura intestinal longitudinal (previo refrescamiento), sino también de la enterectomía parcial, así como la de enterrar los islotes por invaginación y sutura.

Había, por consiguiente, que resecar toda la parte estrechada, si no queríamos dejar expuesta con frecuencia á la enferma á fenómenos de oclusión intestinal, como ya se indica en la historia. Atraída hacia fuera el asa intestinal, dos pinzas longuetas (fig. 3.ª, *P*, *P*), cuyos bocados fueron enfundados previamente con tubos de desagüe, se colocaron más allá de la estrechez en las ramas aferente y eferente. Lavado minuciosamente el intestino por dentro y por fuera, procedimos á la sección intestinal. Dos incisiones longitudinales (fig. 1.ª, *l l'*) fueron practicadas á derecha é izquierda hasta un poco más allá



Figuras 1.ª y 2.ª

de la estrechez; nuevo lavado; de sus extremos partieron otras dos incisiones curvas (fig. 1.ª, *l o*, *lo'*, *o l'*, *l' o'*), resultando los planos de sección dos elipses prolongadas, con lo cual se aumentaba en gran modo la luz intestinal; aumento de luz, que había de ser útil como compensadora de la disminución del área, que al suturar produciría el doblamiento de la banda intestinal mesentérica (fig. 2.ª, *m*) que no seccionamos á fin de no perturbar la nutrición intestinal con la separación del mesenterio; asegurar su riego ulterior y como refuerzo para la sutura.

Hecho esto y protegiendo siempre con compresas el asa intestinal, hicimos la sutura del modo siguiente: 1.° Tres puntos posteriores á cada lado en masa (Wölfler) (fig. 3, *a*, *b*, *c*); 2.°, varios puntos de Czerny (fig. 3, *S*, *S'*) con la modificación siguiente: El recorrido subseroso ó muscular de la aguja fué transversal al eje del intestino; la de Czerny es paralela á él. Esta modificación tiene la ventaja, en nuestro concepto, de ser más resistente por pasar el hilo perpendicular á las fibras, y resultar dos puntos en uno; y 3.°, una corona de puntos por encima entre los espacios de los puntos de sutura de Czerny. Nuevo lavado del intestino. Separados los clamps, el asa se

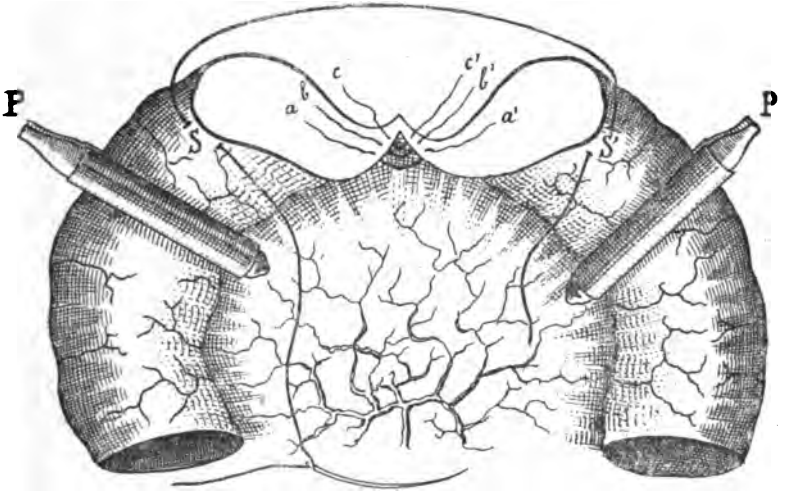


Figura 3.ª

dilató notablemente por los gases, y fué reducida después de habernos asegurado con la sonda acanalada de que no quedaba intersticio alguno entre la sutura.

Resecado el ombligo con las porciones de tejido fibroso que le rodeaban, poco propias para la cicatrización ulterior, procedimos á la sutura del peritoneo, después hicimos otra en masa y, por último, la de la piel, dejando desagüe en el sitio que ocupó el ombligo.

Se la colocó el apósito conveniente y se la condujo á la cama.

Curso post operatorio.—Día 11: A las seis de la tarde tiene 138 pulsaciones y 37°,8 de temperatura. Está sometida á dieta absoluta y de vez en cuando se le moja la boca con un trapito empapado en agua fría. Se la ponen 200 cent. cúb. de suero artificial, una inyección de

cafeína y se la disponen otras de cloruro mórfico, con observación.

Día 12: A las ocho de la mañana, 110 pulsaciones y 37°,6. A las seis de la tarde, 112 pulsaciones y 37°,9. Inyecciones de suero, dos cucharadas de leche.

Día 13: Por la mañana, 103 pulsaciones y 38°,3, y por la tarde 106 pulsaciones y 38°,2. Inyección de suero. Cuatro cuharadas de leche.

Día 14: Por la mañana, 98 pulsaciones y 37°,8, y por la tarde 102 pulsaciones y 38°,2. Cuatro cucharadas de leche cada tres horas y dos de agua cada cuatro. Además, se le administra un enema compuesto de una taza de caldo, una yema de huevo y una cucharadita de peptona.

Día 15: Por la mañana, 98 pulsaciones y 37°,9, y por la tarde 98 pulsaciones y 38°. Sigue el mismo plan que el día anterior y se le suprime el suero. Se levanta el apósito, en el sitio del desagüe hay un poco de pus.

Día 16: Por la mañana, 92 pulsaciones y 37°,6, y por la tarde 90 pulsaciones y 37°,4. Se aumenta una cucharadita de peptona en el caldo.

Día 17: Por la mañana, 90 pulsaciones y 37°, y por la tarde 92 pulsaciones y 37°.

Día 18: Por la mañana, 80 pulsaciones y 36°,8, y por la tarde 78 pulsaciones y 37°. Se le prescriben los polvos gasíferos simples. Seis copas de leche y tres caldos con tres cucharaditas de peptona.

Día 19: Por la mañana, 76 pulsaciones y 36°,5, y por la tarde 80 pulsaciones y 36°,9. Se levanta el apósito por segunda vez; hay un foco de pus en el sitio del desagüe.

Día 21: Pulso y temperatura normales. Se le han presentado ligeros dolores de vientre. Se le suprime la leche, dejándola sólo á caldos. Se levanta por tercera vez el apósito; la gasa sale un poco manchada.

Día 22: Pulso y temperatura normales. Se le han quitado los dolores. Se la manda tomar sopa.

Día 25: Cuarta cura; aséptica. Lechino muy superficial. Para ayudar á reducir el trayecto, se le colocan dos tiras de aglutinante. Come un poco de gallina.

El resto de los días sin novedad. El día 28 se levanta de la cama y el 7 de septiembre sale curada por completo.

III

Dijimos al comenzar, que las estadísticas eran poco nutridas, y por lo que tenemos á la vista, en el escaso número de enfermos que se relatan, se agrupan casos muy diferentes al tipo ano contranatural, por lo cual es imposible deducir de ellos una conclusión segura, tanto menos, cuanto que se callan con demasiada frecuencia los casos desgraciados. A Dittel se le ocurrió el primero, en los casos de ano contranatural, abrir el abdomen, sacar el intestino, resecarlo y suturarlo.

Schede y Kocher, citan algunos casos con dos éxitos.

Creíamos encontrar algo más concreto en los trabajos de la Sección de Cirugía del XIII Congreso Internacional, pero no ha sido así; presentáronse en él tres comunicaciones de anastomosis intestinales por los Dres. Roux, Souligoux y Petersen, en las cuales Roux y Petersen no hacen más que mencionar el ano contranatural, y Souligoux habla de tres casos agrupados; dos, de fístulas estercoráceas, y uno de ano contranatural: en los dos primeros, el curso de las materias fecales se restableció persistiendo la fístula, en el tercero de ano contranatural, consecutivo á hernia con esfacelo, hizo la anastomosis de los dos extremos sin obtener ningún resultado.

Porteriormente á este certamen científico, no recordamos haber leído otros trabajos extranjeros que el presentado en el XVI Congreso francés de Cirugía, celebrado en octubre último. El Dr. Le Dentu da cuenta de tres casos; uno de ano contranatural umbilical, curado con dos sesiones de enterostomía de Dupuytren; otro inguinal cerrado por dos puntos de sutura, y el tercero, inguinal también, que recurrió á la resección intestinal, obteniendo la curación después de una gangrena superficial de la herida.

No es España, para satisfacción nuestra, donde menos resecciones intestinales se hicieron para la cura radical del ano contranatural; y si generalmente se incurre en el defecto de citar sólo en nuestros escritos á las eminencias extranjeras, olvidando que en nuestra patria, hubo y hay cirujanos y médicos meritísimos, de valer indiscutible; nosotros, por el contrario, hemos procurado corregirlo, tomándonos la molestia de limpiar el polvo del olvido, no á todas, pero sí á algunas de las publicaciones españolas con excelente resultado, como podrán comprobar los ilustrados lectores por los siguientes trabajos.

El 5 de mayo de 1896, el Dr. D. Juan Bravo publicó en esta Revista

el caso siguiente: Ano crural consecutivo á hernia estrangulada; enterectomía y enteroanastomosis con el botón de Murphy; curación.

5 de julio del 96: Comunicación del Dr. Bravo (D. Antonio) á la Academia Médico-Quirúrgica Española. Ano inguinal por hernia estrangulada, resección de 2 centímetros y enteroanastomosis con el botón de Murphy; curación.

24 de abril de 1897: Comunicación del Dr. Gutiérrez á la Real Academia: Ano contranatural, consecutivo á un flemón de la fosa ilíaca derecha, enterectomía y enterorrafia; curación.

El Dr. Ribera en su trabajo *Cirugía gastrointestinal*, publicado también en esta Revista el 25 de abril de 1898, da cuenta del caso siguiente: Ano artificial consecutivo á hernia inguinal estrangulada, resección del ciego y anastomosis ileocólica; curación.

No terminaremos sin consignar nuestro sentimiento por no poder hacer mención de otros casos, que sin duda ofrecerán los Anales de la Medicina Española; pero repetimos que la escasez de datos nos obligan á incurrir en estas omisiones. Sirva esta advertencia de satisfacción á los dignísimos compañeros cuyos nombres no figuran en esta publicación.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Secreción láctea: cantidad y duración. — II. Sobre el fermento oxidante de la leche. — III. Acción del régimen cárneo exclusivo. — IV. Peligros de la superalimentación cárnea en los niños de familia artrítica. — V. Vida media y longevidad. — VI. Consumo de tabaco en varias naciones. — VII. Situación de los sanatorios antituberculosos. — VIII. Diarrea de Cochinchina.—IX. Parasitología: demódex; sarna del gato.— X. Desinfección con el anhídrido sulfuroso. — XI. Tétanos y vacuna. — XII. El raquitismo y la leche esterilizada.

I. En la *Soc. obstétricale de France* han tratado Quillier y Planchon de dos asuntos relativos á la secreción láctea.

El primero se ocupa en la *cantidad*. En tres mujeres afectadas de absceso de la mama, la lactancia pudo continuar con un sólo pecho; en otra, con galactoforitis, se restableció el equilibrio en me-

nos de una semana en la otra glándula, que proporcionó la cantidad correspondiente á las dos.

Opina, por tanto, que si las madres pueden ser malas nodrizas al comienzo, no es esto un motivo para desanimarse.

El segundo se refiere á la *duración*. Su campo de estudio ha sido la consulta de niños de pecho de la Clínica de Tarnier. A los siete meses, sólo el 63 por 100 de mujeres puede alimentar al niño con el pecho únicamente; al año, nada más que el 6 por 100; á los trece meses, sólo el 1'5 por 100.

Dados estos hechos, cree que la aplicación rigurosa de la ley Roussel dará malos resultados, pues la lactancia es ilusoria. Conviene la alimentación mixta.

II. Hay en la leche de vaca un fermento oxidante, pero sólo en presencia del agua oxigenada. Como las diástasas, esta substancia es destruída á 79°, no es dializable, atraviesa difícilmente el filtro de porcelana y permanece activa después de ser tratada con el cloroformo y el éter. También la leche de mujer puede dar la reacción del fermento oxidante indirecto, pero con menos constancia, por modo accidental y con escasa energía. En la de vaca, este fermento está difundido por todo el líquido, y en la de mujer suele fijarse en los leucocitos polinucleados, hecho que explica el por qué hay siempre la reacción en el calostro y su cesación después de éste; y si alguna vez reaparece luego, tal vez se debe á nuevas apariciones del período de calostro. La reaparición de esta reacción en la leche de mujer no debe inducir á pensar en sus malas condiciones sino cuando es intensa, durable y la producen ambas mamas (Gillet, *Journal de Phys. et Pathol. génér.*, 1902).

III. Bajo la influencia del régimen cárneo exclusivo surgen varias modificaciones que para Dufourt (*Idem, idem, idem*), previa una investigación experimental, son las siguientes:

Por regla general, aparición de albúmina, de pigmentos biliares normales, aumento enorme de índican y de materias extractivas nitrogenadas, por más que sea menos elevada la relación azotúrica que con la alimentación vegetal, enflaquecimiento notable con trastornos tróficos por parte de la piel.

En resumen: esta alimentación, exclusiva y abundante, determina rápidamente congestión renal y hepática, aumentando la cantidad de productos tóxicos de la nutrición.

IV. C. Leroux, médico en jefe del Dispensario Furtado-Heine, ha expuesto en la *Soc. méd.-chir. de Paris* (1902) un trabajo sobre los

peligros de la superalimentación cárnea en los niños de familia artrítica, fundado en las siguientes observaciones, cuyo epígrafe marca su valía: 1.ª, infección intestinal crónica; toxidermias; enterocolitis mucomembranosa; 2.ª, infección intestinal crónica; toxidermias; enterocolitis mucomembranosa; apendicitis; operación; curación; 3.ª, infección intestinal crónica; azoturia; uricemia; oxaluria; albuminuria; colitis mucomembranosa; 4.ª, uricemia con albuminuria, glucosuria y trastornos cardíacos, y alguna más en breve síntesis. En todas ellas procura demostrar que el exceso de la carne como alimento ha sido la productora de las alteraciones y que un régimen conveniente tuvo parte principalísima en la curación.

Sin entrar en disquisiciones patogénicas sobre el exceso de alimentación nitrogenada en los niños de *capa* artrítica, advierte que en ellos no ha notado retardo constante en la nutrición, pero sí siempre hiperacidez orgánica, fácil en estas condiciones. Cree que hay más bien aumento que mengua en la actividad de los cambios, según ha demostrado el análisis de la orina.

La deducción que se desprende de estos hechos es muy sencilla: los niños predispuestos por herencia al artritismo no deben abusar de la alimentación nitrogenada. Podría añadirse sin inconveniente que esta regla, aplicable á los artríticos, alcanza también á la mayoría de los niños.

V. La vida media, en el siglo XVI, no pasaba en Inglaterra de trece años; hoy es de treinta y ocho. De 1000 habitantes de la Gran Bretaña, 100 llegan á setenta y cinco años, 38 á ochenta y cinco y 2 á noventa y cinco.

The Lancet dice que el máximum de longevidad lo ha alcanzado Miguel Solís, de Bogotá, que vivía en 1878 y que decía tener 184 años. Una información bien hecha los redujo á 180. En 1898, que aun vivía, llegó á los 198.

Thomas Parr: nació en 1483 y murió en 1635.

Joung, en su obra los *Centenarios*, pone en duda estas longevidades y Owen establece que el límite de la vida humana no puede pasar de 105; mas aquél cita un caso que rompe la ley de éste. Isabel Hanburg, nacida el 9 de junio de 1793, falleció el 31 de octubre de 1901 (108 años y 144 días); su madre murió el año 1795.

VI. Un periódico italiano, utilizando los datos que pudo obtener, presenta la siguiente estadística del consumo de tabaco por individuo, en gramos y como término medio anual:

Nerlandia	8400	gramos.
Estados Unidos	2110	—
Bélgica	1552	—
Alemania	1485	—
Australia	1400	—
Austria-Hungría	1350	—
Noruega	1335	—
Dinamarca	1125	—
Canadá	1050	—
Suecia	940	—
Francia	988	—
Rusia	910	—
Portugal	850	—
Inglaterra	840	—
Italia	685	—
Suiza	610	—
España	553	—

VII. El *Board of heatth*, de Bethel (América), ha publicado un decreto prohibiendo la instalación de sanatorios ó de casas de salud para tuberculosos dentro de los límites de la ciudad, so pena de 50 dollars cada semana. Prohibe igualmente el tratamiento de los tuberculosos en familia que no sea la propia.

VIII. Le Dantec (*Réunion biologique de Bordeaux*, junio de 1902), da cuenta de haber encontrado constantemente en las deposiciones de los individuos que sufren la llamada diarrea de Cochinchina, un microbio, de forma bacilar ó estreptobacilar, inmóvil, que se tiñe según el método de Gram y que no ha podido cultivar en ninguno de los medios conocidos. Es una amilobacteria, que desaparece casi completamente mediante un régimen de carne exclusivo y leche cloroformada.

IX. Dubreuilh presenta á la *Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux* (junio de 1902), dos comunicaciones relativas á parasitología.

En la una se trata de los *Demódex*. En las chapas pigmentarias, situadas en la parte inferior de la cara de una mujer, ha encontrado un número abundantísimo de este parásito. Las manchas eran de un color moreno pálido, de contorno difuso é irregular y tenían el aspecto de la pitiriasis versicolor. Las aberturas foliculares estaban algo prominentes. Parece tratarse de un hecho análogo á la melanodermia de la ptiriasis y á las manchas obscuras del *phtirius pubis*.

En la otra se ocupa en la *sarna del gato*. En general, los sarcoptes de los animales, como aspecto y como forma, son muy parecidos á los del hombre, apenas distinguibles. El del gato es una excepción,

pues por ser más redondo y por presentar en su superficie extracciones más aparentes y más numerosas, puede ser diferenciado de los restantes.

X. La desinfección de habitaciones y de buques, especialmente en caso de peste, es muy defectuosa, pues si mata las ratas, no destruye las pulgas que tienen más importancia en la transmisión de aquel padecimiento. Aparte de conseguir la muerte de aquéllas y de éstas, debiera buscarse simultáneamente la acción microbicida, realizando de una vez el triple efecto. El anhídrido sulfuroso, sobre cuya acción tanto se ha dicho en pro y en contra en nuestros tiempos, parece ser el llamado á lograr lo que se apetece, según se deduce de experimentos recientes hechos en América é Inglaterra (*La disinfezione per mezzo dell' acido solforoso.—El Progreso médico*, 10 junio de 1902).

Dujardin-Beaumetz, Pasteur, Roux, Vallin y otros han demostrado su eficacia; este último autor ha logrado la destrucción de los gérmenes de la úlcera blanda, del muermo y de la tuberculosis: Sternberg, la de los estreptococos de la erisipela y de la septicemia puerperal. Para lograr estos fines, bastan 20 gramos de azufre por metro cúbico de ambiente, y pueden ser utilizados el azufre, el anhídrido sulfuroso líquido y el sulfuro de carbono. Todas estas fuentes son de difícil manejo y presentan el peligro de incendio; además, el segundo es muy caro y el tercero tiene dificultades prácticas. Estas circunstancias han contribuído á que el empleo de este desinfectante haya ido cayendo en desuso.

Clayton, de América, ha inventado no hace muchos años un aparato que vence los inconvenientes. Quema azufre, para obtener el gas sulfuroso, dentro de un cilindro constantemente alimentado con aire mediante un ventilador movido por un pequeño motor de gas ó de vapor. El ventilador aspira el aire del departamento que ha de ser desinfectado, y otros tubos conducen el desinfectante, sometido á presión, al lugar desinfectable. El mismo gas detiene la combustión del azufre, y cuando el anhídrido sulfuroso ha permanecido el tiempo suficiente, es remplazado por aire puro con el aparato mismo.

Destinado este aparato en sus comienzos á bomba para extinguir incendios, se le usó luego para destruir animales nocivos, acreditándose con rapidez, y más tarde se le dedicó á desinfecciones. Con él se alcanza la penetración del gas sulfuroso en los fardos, colchones, etc., así como en los sacos que contienen granos ó semillas, sin causar perjuicios. Si se dispone convenientemente sacos ú otro medio aná-

logo, las ratas, huyendo de los vapores asfixiantes, caen en ellos y no es preciso ir en busca de los cadáveres, una vez terminada la desinfección. La producción de anhídrido es rápida y abundante, con lo cual se asegura el efecto mortífero.

El aparato ha probado su bondad en América durante varios años y lo emplean actualmente con el mismo buen resultado las compañías inglesas de navegación.

XI. Wilson, estudiando el tétanos consecutivo á la vacunación, ha reunido 52 casos observados desde 1839 á 1902 (*Boston med. and surgical J.*, 1902).

Del examen detenido de todas estas observaciones deduce el autor:

1.° La infección nace en el mismo sitio de la inoculación.

2.° No es posible establecer de madera científica el momento preciso en que se efectúa. Agrupando en una localidad dada muchos casos en que se empleó la misma vacuna, si á primera vista parece que se trata de una inoculación primitiva realizada al mismo tiempo que la de la vacuna, debe admitirse que es una infección secundaria ocurrida en el momento del acmé de la inoculación vacuna, pues abogan en pro de esta creencia los siguientes hechos: duración de la incubación, terminación casi siempre mortal, brusca intensidad de los síntomas, haberse hecho con el mismo virus millones de inoculaciones sin tétanos, y el haber desaparecido casi por completo los casos de infección tetánica desde que se adoptan precauciones antisépticas.

XII. El Dr. E. Ausset estudia con detención las relaciones entre el raquitismo y la leche esterilizada (*Rachitisme et lait stérilisé.—Annales de Méd. et de Chir. infantiles*, 1902), y formula estas conclusiones:

1.ª Es absolutamente exagerado decir que la leche esterilizada conduce al raquitismo. Lo que lleva á tal situación es el *mal empleo* de esta leche.

2.ª Un niño puede ser raquítico, aún cuando sea alimentado en el pecho, si las mismas condiciones se realizan, es decir, si malas prácticas higiénicas le conducen á trastornos dispépsicos graves y prolongados.

3.ª Debe fomentarse por todas partes la creación de numerosas «Gotas de leche», en las cuales las madres encontrarán, no sólo buena leche, sino también, y *muy especialmente*, consejos preciosos y rigorosos para criar bien á sus hijos. Estas «Gotas de leche» son capaces por sí solas de hacer que disminuyan los casos de raquitismo en proporciones considerables.

4.ª La leche esterilizada es merecedora de la mayor confianza á condición de que su empleo sea regulado y vigilado con toda prudencia y minuciosidad. En las familias pudientes se la debe preferir á la lactancia mercenaria, que es, socialmente hablando, inmoral; en este medio es fácil vigilar bien su administración, y así dará resultados excelentes.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. MANUAL DEL SEÑALAMIENTO ANTROPOMÉTRICO, por D. Joaquín García Plaza y Romero. Madrid, 1902.

II. LA ANEMIA EN LOS MINEROS DE LINARES; CARTILLA SANITARIA, por D. Manuel Corral y Mairá. Linares, 1901.

III. LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MATRIZ, por D. Pedro Moya. San Sebastián, 1901.

I

Este *Manual*, que consta de 216 páginas, creemos sinceramente que prestará grandes servicios á los aspirantes á antropometras, y además, por la sencillez con que está escrito y por la fidelidad con que se expone todo lo substancialmente práctico del método de Bertillon, contribuirá de un modo indudable á despertar aficiones hacia una serie de estudios muy desconocidos hasta hace poco en España, de gran importancia judicial y de no menor trascendencia sociológica.

Generalizado este método de identificación por Europa y América y contando España con competentes antropólogos, era muy doloroso ver que la policía, por una parte, y los encargados de la Administración de justicia, por otra, no pudieran obtener los beneficios del método, facilitando á cada uno de ellos los medios indispensables para cumplir con facilidad y rapidez sus difíciles funciones. Creado el Gabinete Antropométrico central, á cuyo frente figura el competentísimo profesor D. Federico Olóriz, y el servicio de identificación antropométrica en todas las cárceles del Reino, no dudamos que el libro del Dr. García Plaza ha de prestar grandes facilidades para poner el método de Bertillon al alcance de todos y ha llenado la la-

guna que se notaba referente á no haber en nuestro idioma un libro de este género, á pesar de los trabajos análogos, no iguales, que acerca de la materia se han publicado.

II

El activo é inteligente D. Corral y Mairá acaba de dar una prueba de su carácter laborioso, de su amor al prójimo y de su competencia higiénica con la cartilla que acaba de publicar.

Si los patronos de las minas, el Municipio de Linares y los obreros siguen los consejos que en tan pocas páginas ha sabido resumir el Dr. Corral, estamos seguros que esa terrible anemia de los mineros de aquella región, disminuiría extraordinariamente y, con esta disminución, se modificaría esa perturbadora causa del desquiciamiento orgánico de aquellos obreros que, si no acaban por ser víctimas de graves neuropatías, son desvastados por la tuberculosis.

Plácemes merece, pues, el autor, que con sumo gusto se los enviamos, por su campaña higiénica en pro de la clase proletaria, que es la más necesitada de apoyo y consejo.

III

En 60 páginas desarrolla el autor de este trabajo el interesante tema *Las operaciones quirúrgicas en el tratamiento de las enfermedades de la matriz. Indicaciones y contraindicaciones más precisas, según los modernos conocimientos*; tema que figuró en el concurso de la Sociedad Ginecológica española, en 1900, y cuyo premio, instituído por el entonces Director de Sanidad del Reino, el reputado doctor D. Francisco de Cortejarena, fué adjudicado á la Memoria que nos ocupa.

Consideramos suficiente el laurel alcanzado en tan honrosa lid, para demostrar el mérito de dicha Memoria, la cual reune, además, el de estar escrita conociendo á fondo el asunto de que trata, el de hallarse desposeída de todo detalle innecesario, y el de revelar criterio propio y fundamentado en una práctica racional. El desarrollo del tema tiene la ventaja de ser rigurosamente metódico y ceñido, tal vez en extremo, á la materia de estudio.

Trabajos de esta índole, donde tan claramente se destaca la personalidad del autor, convendría que se publicaran á menudo, puesto que tanto honran á quien los escribe como á la tierra donde ven la luz.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La levadura de cerveza en otología. — En la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, publica D. Luis Suñé y Molist el siguiente caso:

Admitiéndose ya hoy día como cosa indiscutible que la supuración depende *casi* exclusivamente de una infección microbiana, y siendo indudable que la levadura de cerveza por la vía gástrica ejerce una acción segura contra las bacterias piógenas, no es de extrañar que los cirujanos se esfuercen en practicar ensayos terapéuticos con esta substancia en la inflamación, sea cualquiera el tejido en que radique.

Los experimentos aducidos por los Dres. Presta y Tarruella, junto con hechos clínicos interesantísimos, presentados por dichos facultativos á la Real Academia de Medicina de esta ciudad en 1901, respecto á la eficacia de la levadura en los procesos de origen estreptocócico y estafilocócico (forunculosis, viruela, erisipela, escarlatina, etc.), inducen á creer que toda inflamación aguda con tendencia á la supuración, puede corregirse rápidamente con esta medicación, tanto si el pus lleva tendencia á difundirse, como á limitarse (absceso circunscrito), y hasta en inflamaciones agudas antes del período supuratorio.

En el forúnculo, la levadura disminuye muy pronto la tensión dolorosa y limita la supuración deteniéndola; en la viruela las vesículas no llegan á ser pústulas; en la erisipela la dermatitis desaparece rápidamente y sin producirse flictenas. Estos hechos le hicieron vislumbrar que la levadura podría actuar sobre las flegmasías óseas agudas, impidiendo la formación de abscesos óseos ó subperiósticos, y en cuanto se le ofreció ocasión hizo sus pruebas.

El primer caso que se presentó fué el siguiente:

Un joven de dieciséis años, convaleciente de escarlatina (cuyo curso fué largo y pausado, gracias á que su médico de cabecera, homeópata, la trató con excelente régimen dietético, amén de los consabidos globulillos), empezó á sufrir dolores intensos en el oído izquierdo. Examinada la región, diagnosticó el Dr. Suñé y Molist *catarro agudo de la trompa consecutivo á la rinofaringitis escarlatinosa* en descenso, que sufría aún el enfermo. Dispuso instilaciones de solución de cocaína, ligeramente fenicada, en la fosa nasal izquierda, abrigo sobre la oreja, etc., y á los dos días cesó todo dolor y zumbido, quedando un poco de sordera por remanencia de mucosidades en la trompa.

Pasaron ocho días, durante los cuales no volvió á visitarle. Transcurrido este período, vióse acometido el enfermo de otalgia violenta, dolor mastoideo, tumefacción creciente en la región mastoidea con piel turgente, roja, brillante, oreja desviada, etc., etc. Las presiones con el dedo eran intolera-

bles, y por la noche el dolor aumentaba cruelmente. Su médico le hizo aplicar pomadas, ungüento de altea, etc., y le administró globulillos calmantes (?) sin resultado.

Al tercer día de esta infección mastoidea, y observando normalidad en el tímpano y en la caja, hubo de diagnosticar *mastoiditis protopática infectiva escarlatinosa* con tendencia á la supuración.

Prescribió una cucharadita cada cuatro horas mezclada con cerveza clara alemana, con exclusión de todo tópico. Se usó la denominada *Cerevisina-Fita*.

Al día siguiente, el dolor había menguado. Al segundo día rebajó la tumefacción mastoidea. Al cuarto día no quedaba rastro de mastoiditis, ni se provocaba dolor alguno al apretar la piel de la región contra la apófisis mastoidea.

La curación se sostuvo completa y sin dejar lesiones en el oído medio.

Es de creer que en este caso aún no se había formado pus y que la levadura hizo abortar el absceso que parecía inminente.

A pesar de tan buenos resultados, estaba en la duda de si la levadura había obrado contra un estreptococo accidental ó sobre el microbio de la escarlatina, porque los casos relatados por los Dres. Presta y Tarruella comprueban que la escarlatina se mejora rápidamente con el uso de la levadura; pero el siguiente caso induce á pensar que el germen escarlatinoso es sencillamente un solo factor en las inflamaciones post-escarlatinosas, que puede combatirse con la levadura lo mismo que cualquier estreptococo piógeno no escarlatinoso.

Tratábase de una señorita muy delicada, nerviosa y de cutis finísimo con una antigua supuración del ático izquierdo (porción superior del oído medio). Se consiguió que no supurase, pero quedaba una aberturita, en la membrana flácida, cubierta de costras.

Estando ya sin tratamiento, empezó á sufrir dolores vivísimos en el propio oído, y comprobó por el examen que sólo se trataba de una otitis externa forunculosa. Los tópicos caseros aplicados antes de su primera visita habían provocado eczema agudo del meato y de toda la oreja. Los eczemas auriculares agudos, ya de sí son dolorosísimos, de modo que, en este caso, al dolor urente del eczema se unía el dolor dislacerante del forúnculo situado en la pared posterior del conducto. Los movimientos del maxilar inferior aumentaban el sufrimiento. Por la noche recrudecían las crisis dolorosas, y el proceso llegó á provocar fiebre y cefalalgia. Toda intervención local (cocaína, atropina, opio, cataplasmas, etc.), resultaba estéril y hasta aumentaba el dolor. Hubo necesidad de atenuar los sufrimientos de las primeras noches con la administración del cloral.

Estando los síntomas agudos en su mayor incremento al cuarto día, prescribió la *cerevisina* preparada por el farmacéutico Dr. Fita: una cucharada pequeña cada cinco horas.

Notóse alivio el mismo día; notable disminución al día siguiente y completa calma después de cuarenta y ocho horas. Al quinto día de usar la levadura habíase absorbido el tumor forunculoso, cesando la hiperemia y el eritema del conducto, con lo cual pudieron practicarse cómodamente inyecciones de agua fenicada con borato de sosa para limpiar las costritas resul-

tantes del eczema que obstruían el conducto auditivo provocando picor sordera.

En un niño convaleciente de difteria grave faringonasal, tratado por el método seroterápico de Roux, aparecieron síntomas de otitis aguda derecha con dolor mastoideo. La supuración era abundante por el conducto. Tímpano perforado en su cuadrante anteroposterior. Piel mastoidea tumefacta y dolorosa. Los tópicos antisépticos por la vía auricular no corrigieron el síndrome durante tres días.

Con el uso de la *cerevisina* se consiguió un alivio inmediato seguido de curación en poco menos de una semana, evitándose el absceso mastoideo con sus peligros, y ahorrándose las operaciones consiguientes.

La cura de la cantárida. — En el *Boletín oficial del Colegio de Médicos de Cáceres*, publica D. Victoriano P. de Sande las siguientes ideas relativas á este asunto:

«No conozco nada más rutinario, absurdo é irracional, dice, que la cura tradicional de la cantárida por el famosísimo ungüento de Basilicón. Aparte de lo anticuado y poco aséptico que resulta en los principios del siglo XX el empleo de determinados ungüentos y ceratos, no acierto á comprender qué fin práctico se obtiene con el uso de aquél, ni qué indicación terapéutica cumple en la cura de la cantárida.

Cuando en los primeros años de mi ejercicio profesional utilizaba el proceder terapéutico que ahora condeno en la cura de los vejigatorios, observé siempre que hasta los individuos más fuertes y abnegados no podían reprimir una contracción en el semblante, reveladora del intenso dolor que experimentaban aplicarles sobre la superficie denudada la *plancha de fuego* del *ungüentum bassilicum*. Y todos sin excepción me manifestaban que era mucho más soportable el dolor que producía la cantárida que el que determinaba la aplicación de aquel ungüento.

Por esto rechazo ahora el empleo de este ungüento en la cura de la cantárida.

Bien sé que los que los recomiendan y aplican lo hacen con el exclusivo objeto de sostener la derivación que provocan los vejigatorios. Pero este mismo efecto lo podemos conseguir con otros procedimientos más rápidos, más asépticos, más sencillos y menos dolorosos. Porque es preciso experimentar en sí mismo durante diez horas el escozor doloroso de una cantárida, y que luego, cuando levantado el epidermis y puesta al descubierto en una gran extensión la superficie del dermis con sus papilas nerviosas, apliquen sobre éstas una compresa embadurnada con aquel ungüento irritante, para apreciar bien la intensidad del dolor que causa y juzgar por experiencia propia de la inhumanidad de este tratamiento.

Yo entiendo que el vejigatorio, una vez aplicado, produce ó no la vesicación que se desea. Pues si la produjo, harto hemos hecho sufrir al enfermo con aguantar aquel determinado número de horas, lociónese la región exfoliada con una disolución de creosota al medio por 100, y al igual de lo que sucede en las quemaduras, calmará el dolor instantáneamente; aplíquese luego sobre la piel denudada un trozo de seda protectriz previamente impregnado en vaselina yodoformada ó débilmente fenicada—añadiéndole una

moderada dosis de morfina si no queremos recurrir á la disolución acuosa de creosota—y sujetándolo á la piel sana por medio de cuatro vendoletes de esparadrapo aglutinante, sin otros vendajes que oprimen y molestan, habremos procurado al enfermo reposo y bienestar.

Que el vejigatorio no produjo la revulsión que apetecíamos; pues ahí están los papeles epispáticos con su graduación de efectos según el número que se utilice, los cuales reverdecerán la superficie cruenta cuantas veces se desee y siempre lo harán de modo más activo, más aséptico y menos doloroso que el vulgarísimo ungüento amarillo y sus similares.

Y no se me diga que curando los vejigatorios con el ungüento á que venimos haciendo referencia el efecto propulsivo de aquellos es más constante y duradero, porque ni es verdad y, ni aunque lo fuera, me explico la finalidad terapéutica que con este permanente escozor se puede conseguir. Toda vez que obtenida la vesicación, ó lo que es lo mismo, determinada una mayor actividad en los cambios nutritivos del protoplasma celular y creada la hipersecreción serosa que, al fin y al cabo, es la consecuencia natural de la cantárida, no sé para qué haga falta seguir estimulando una solución de continuidad con un ungüento que, obstruyendo los poros, ha de ser también barrera infranqueable para la serosidad, produciendo molestias sin provecho ni objetivo.

Además, pretender que el dolor que esta irritación perenne produce ha de mejorar el del órgano enfermo, mejorando su estado por compensación funcional, no es creíble. Más razonable será el admitir que la acción refleja que el vejigatorio determina sobre la inervación vasomotriz, disminuyendo el calibre de los vasos en el órgano inflamado, es la causante de la mejoría». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 28 *de Octubre de* 1902.

El cólera en la Meca.—El Dr. *Proust* leyó una comunicación sobre la propagación del cólera por las peregrinaciones á la Meca. El Dr. Proust viene desde hace veinte años llamando la atención sobre lo peligrosas que son estas peregrinaciones para Europa. Por esta vía el cólera ha penetrado en Egipto y puede propagarse á Europa.

En 1893, el cólera ocasionó la muerte de 40.000 peregrinos. De 9000 argelianos y tunecinos que acudieron aquel año á la Meca, murieron 5000.

En 1892, el cólera penetró en Egipto por Moucha, llevado por los peregrinos procedentes de la Meca. Apareció en el mes de julio. Se formó un cor-

dón sanitario bien organizado, pero fué en vano, porque ya 1500 personas habían abandonado Moucha, dirigiéndose á Alejandría. El cólera se propagó con rapidez por Egipto y en un mes hubo en este país 38.305 casos de cólera, de los que murieron 32.575.

El cólera, según el Dr. Ismail, fué importado de la Meca, no por los peregrinos, sino por los objetos que traían consigo. Los dátiles y el agua de los pozos de Zend-Zend, pozo sagrado de la gran Mezquita de la Meca, sirvieron al parecer de vector al cólera.

En Jaffa y en algunas localidades de Palestina, acaban de señalarse nuevos casos de cólera.

En otra sesión comparará el Dr. Proust el desarrollo de esta epidemia y el de otras más antiguas.

La escritura de los ciegos por la regleta Dussaud. — El Dr. Laborde: En otra sesión de la Academia me ocupé de la nueva regleta Dussaud que realiza una verdadera revolución en la escritura de los ciegos, porque los convierte, por decirlo así, en videntes, permitiéndoles leer y escribir en iguales condiciones y en el mismo sentido que éstos y con un sólo alfabeto en vez de dos como en el método antiguo. De modo que los trabajos más complejos á que el ciego estaba obligado á someterse, se encuentran simplificados en alto grado con todas las ventajas físicas y materiales inherentes á esta simplificación.

Estos beneficios, inapreciables ya, han aumentado por la adición siguiente:

En vez del punzón que el ciego necesitaba emplear buscando á tientas los agujeros á través de los cuales trazaba los puntos en relieve que constituyen, por su conjunto, las letras de su alfabeto digital, se adapta á la regleta una pequeña corredera provista de sus pequeñas teclas móviles y basta colocar los dedos sobre una, dos, tres ó más de estas teclas—según la letra y la palabra que se quiere obtener — para trazar instantánea, distinta y seguramente los puntos en relieve que representan esta letra y esta palabra.

Los resultados obtenidos con este nuevo procedimiento en la Escuela de ciegos, prueban sus ventajas incomparables.

Si se reflexiona que en la actualidad hay en todo el mundo 2.000.000 de ciegos, sólo en Francia 40.000, se apreciará la importancia y el interés de este nuevo aparato.—(*La Medicine Moderne*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Octubre de 1902.

Tratamiento quirúrgico de las apendicitis. — El Dr. Moty: Habiéndose reanudado la discusión acerca del tratamiento de la apendicitis, con motivo del caso presentado por el Dr. Legueu, aprovecho la ocasión para exponer en algunas palabras mi línea de conducta. Las apendicitis pueden dividirse en dos grupos: en uno se colocan los casos en que todos reconocemos que la intervención se impone de urgencia; mientras existan algunas probabilida-

des de salvar los enfermos, es necesario operar, y hasta en estos casos acudo al cloroformo, puesto que he observado que la sensibilidad de los intestinos es, con frecuencia, muy viva. En los casos del segundo grupo, que dan lugar á la duda, sigo la misma regla de conducta que en las contusiones del abdomen. El estado del pulso me sirve de guía principal; si hay cien pulsaciones practico la operación, y no dudo en hacerla inmediatamente, cuando de hora en hora crece el número de pulsaciones. Al contrario, si después de muchos exámenes seguidos, no encuentro cambio en el número de pulsaciones espero, pero vigilando atentamente y dispuesto á intervenir en caso de aceleración. Esto es lo que he hecho recientemente, en contra de la opinión de muchos colegas, en un enfermo cuyo número de pulsaciones, habiendo sido de 88, se elevó á 92, y encontré un apéndice grueso que contenía algunas gotas de pus. En general, como primer tratamiento, instituyo la dieta severa sin aplicación de hielo, el cual enmascara la marcha de los fenómenos.

El Dr. Segond: Recordaréis el caso presentado por el Dr. Leguen, con las consideraciones que le sugirió, y en particular su convicción de que el acto operatorio practicado á tiempo tal vez habría sido seguido de curación. Me uno en absoluto á su opinión: las conclusiones de nuestro colega no han sido del agrado de algunos de nosotros, y en particular del Dr. Reynier, que ha puesto en duda el valor de dicha observación. Para el Dr. Reynier no se trata más que de un hecho particular, del cual no se deben deducir conclusiones, del propio modo que de los que se refieren algunas veces en los periódicos políticos. Yo pienso en contraposición á nuestro colega, y espero no quedarme solo cuando os haya expuesto rápidamente un caso que se debe considerar como uno de los ejemplos más concluyentes contra la expectación. La enferma era una mujer joven, que desde el mes de enero había tenido diversos accidentes dolorosos que se habían atribuído á la litiasis biliar; fué enviada al Châtel-Guyon, donde entre los tratamientos que se la dispusieron se le prescribió y ejecutó el amasamiento de la fosa ilíaca; á su regreso á París, en la misma tarde, tuvo un dolor brusco, horrible, con vómitos considerables; de nuevo se diagnosticó por un médico de cólico hepático; al día siguiente, y al otro día por la mañana, el estado de la enferma continuaba siendo deplorable, y en la tarde del mismo día otro médico, que hizo el diagnóstico de peritonitis por perforación, me hizo llamar. La duda no era posible; la operé inmediatamente, es decir, á las cincuenta horas, poco más ó menos, del principio de los accidentes sobreagudos; en el abdomen no había ni absceso ni adherencias de los intestinos, pero encontré el apéndice totalmente gangrenado, con una perforación que dejaba pasar el líquido fecaloide; durante veinticuatro horas desaparecieron el dolor y los vómitos, pero después se presentaron de nuevo los mismos accidentes, y la enferma sucumbió al tercer día por la intoxicación. Tengo la convicción, no digo la certeza, de que si esta enferma hubiese sido operada á tiempo, hubiera curado, en otros tres casos semejantes de gangrena apendicular, hice la operación dentro de las primeras cuarenta horas, y mis enfermos se han salvado. Estos hechos, como los del Dr. Leguen, son elocuentes. Aunque aislados, deben publicarse, puesto que marcan en esta cuestión ciertas orientaciones en asunto que aún está en estudio, á pesar de las opiniones emitidas

en el Congreso de Bruselas y por algunos de nuestros colegas. Dichos casos servirían seguramente más que las grandes estadísticas, que comprenden gran número de casos diferentes y no comparables, y acabarán por demostrar algún día que la expectación que se denomina armada es peligrosa. Es necesario recordar siempre que la enfermedad es tóxica.

El Dr. F. Villar (de Burdeos): Por los casos que he observado, el diagnóstico de apendicitis me parece fácil en el hombre, pero puede presentar algunas dificultades en la mujer. Desde el punto de vista del tratamiento, siempre he sido intervencionista y lo soy cada vez más, puesto que he tenido ocasión de ver lesiones muy graves desde el principio y de operar enfermos que presentaban un cuadro clínico insignificante, y, sin embargo, les encontré la gangrena y la perforación del apéndice. Por lo demás, mi estadística prueba que la operación en caliente no es grave, puesto que no he perdido más que los enfermos operados tardíamente. Desde el punto de vista operatorio, siempre voy en busca del apéndice, y no temo destruir las adherencias llamadas protectoras que ocultan con frecuencia abcesos secundarios. Operando lo más pronto posible, se evitan esos desastres que todo cirujano ha tenido que deplorar.

Cálculos del riñón. Extracción. — El Dr. Bazy: Este caso de extracción de cálculos del riñón nos ha sido comunicado por el Dr. Riche, y se refiere á una mujer de cuarenta y un años que durante doce meses había tenido dolores intermitentes en el hipocondrio derecho, sin litiasis urinaria y sin hematuria. En la última semana se presentó un dolor muy vivo acompañado de vómitos, y al mismo tiempo se observó la presencia de una tumefacción relacionada con el riñón. La separación de los orines, que estaban enturbiados, reveló que la orina del riñón derecho contenía glóbulos de pus, lo cual confirmó el diagnóstico de pielonefritis. Una incisión lumbar condujo sobre el riñón, el cual era duro, y se encontraron en su interior y parte superior, muchos cálculos que fueron extraídos, y en su parte inferior un poco de pus; después de los lavados de la herida, nuestro colega ha suturado el riñón y ha cerrado la herida sin desagüe, y la enferma ha curado sin incidentes. Creyendo nuestro colega que el ureter era permeable y que serviría de desagüe, ha tenido el atrevimiento de suturar el riñón, y las consecuencias han dado la razón á este modo de proceder. Sin embargo, tal vez sería más prudente en casos semejantes hacer durante algunos días lavados antisépticos, y no permitir que la herida se reuniera hasta pasadas cuarenta y ocho ó setenta y dos horas después de la operación. En cuanto á la separación de la orina, no era en realidad necesaria, puesto que el diagnóstico no se prestaba á la duda; su aplicación debe reservarse, puesto que si es inocente en la mujer puede no serlo en el hombre; además, creo que no debe acudirse á él, sino para obtener datos más precisos en los casos de diagnóstico incierto. Al lado del caso del Dr. Riche colocaré dos observaciones de litotomía renal hechas por el Dr. Reynes. En uno de dichos casos hubo una fístula lumbar persistente, debida á la presencia de un cálculo pequeño; es de notar, además, que en este enfermo, que padecía una estrechez uretral, no se hubiera podido hacer la separación de los orines.

El Dr. Routier: Este medio no es indispensable para hacer un diagnóstico. Ultimamente he practicado una nefrotomía por cálculos, sobre cuya

existencia los síntomas no dejaban ninguna duda; suturé el riñón y simplemente dejé un desagüe superficial; la curación se obtuvo en algunos días.

(*Bull. Med.*). — CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 21 *de Octubre de* 1902 (1).

Sarcoma del asa ileocecal. — El Dr. MAUCLAIRE: Un niño de catorce años fué conducido al hospital después de un largo período de molestias y accidentes que habían hecho creer varias veces en crisis de apendicitis. Cuando le ví me produjo la misma impresión, aunque, á primera vista, el conjunto de los signos no era característico. Sin embargo, dados los antecedentes, los fenómenos actuales, existencia de una gran masa ilíaca, admití la idea de la apendicitis y me decidí á operar El ciego era enorme, con ganglios voluminosos y, en cambio, el apéndice estaba casi sano y separado de la masa morbosa. Mientras se reconocía el ciego se produjo una ligera desgarradura, que fué suturada inmediatamente. Se vió que se trataba de un sarcoma del asa ileocecal, muy extenso para proceder á su ablación, y se decidió practicar una operación paliativa de anastomosis entre el intestino delgado y el colon. Por desgracia, como era de temer, el enfermo tardó poco en sucumbir. El examen del ejemplar anatómico probó que el tumor invadía todo el ciego, subía por el colon ascendente y rodeaba algo la terminación del intestino delgado: al examen microscópico presentaba todos los caracteres del sarcoma globocelular. Los casos de este género son, por fortuna, rarísimos. Los prodromos de la afección son largos, cinco, seis meses y hasta un año. Su diagnóstico es muy difícil, y suele confundirse con la apendicitis y con la tuberculosis ileocecal. Las ablaciones extensas no han producido buenos resultados. Si se consiguiera hacer el diagnóstico precoz, lo mejor sería practicar la anastomosis del íleo con el colon pelviano, operación paliativa, sin duda, pero menos peligrosa y menos incierta que la extirpación total.

Quiste dermoideo del testículo.—El Dr. *Allé*, en su nombre y en el del doctor Mauclaire, refirió un caso de quiste dermoideo del testículo observado en un niño de cuatro años. El tumor testicular era abolsado, no estaba adherido á la piel, de consistencia desigual, pero sin punto alguno fluctuante y sin hidrocele. El cordón estaba sano. No se descubrió el menor infarto de los ganglios lumbares. Se pensó, desde luego, en un sarcoma. La extirpación, que fué fácil, demostró que se trataba de un quiste dermoideo. El tumor, en el que fué imposible, aun con el microscopio, descubrir el menor rastro de tejido del testículo, difería sensiblemente de aspecto en los diversos puntos; arriba había masas amarillentas, sebáceas, mezcladas con pelos; abajo quistes de contenido gelatiniforme; en el centro una masa dura compuesta de fibras elásticas hipertrofiadas. Estas especies de tumo-

(1) Primera del Curso académico actual.

res son raros. El número de observaciones publicadas hasta ahora, no excede de 32, y de ellas hay que descontar algunas en las que el testículo era más ó menos independiente del tumor y fué posible extirpar éste conservando la glándula.

Cinco observaciones de enfermedad de Barlow. — El Dr. *Thiercelin* refirió cinco casos de enfermedad de Barlow observados en niños de ocho, diecisiete y veintitrés meses, de tres años y siete. En uno de estos casos no había más que dolor en los miembros inferiores; en otros tres se observaron fenómenos dolorosos en la extremidad superior de los fémures y fungosidades gingivales; el quinto presentaba la forma hemorrágica con púrpura, melena y hemorragias gingivales. Estos cinco niños se alimentaban con leche esterilizada y harinas llamadas de conserva. El autor se adhiere á la opinión general, que atribuye el desarrollo del escorbuto infantil á la alimentación demasiado exclusiva de estos alimentos de conserva. En ninguno de los cinco niños se descubrió indicio de raquitismo. La enfermedad de Barlow es, por consiguiente, escorbuto, y no raquitismo, como creen algunos autores.

Un caso de enfermedad de Barlow. — El Dr. Guinon: Fuí llamado hace poco tiempo para ver en consulta, con el Dr. Coffin, á un niño de pocos meses que tenía tumefacción de los miembros y dolores agudos á imprimirles movimientos. Se había sospechado de principio el reumatismo. Pero como había, además, un estado fungoso de las encías, el Dr. Coffin diagnosticó enfermedad de Barlow, diagnóstico que confirmé. Este niño se alimentaba exclusivamente con una nueva leche esterilizada, llamada leche Néctar, que se esteriliza á una temperatura poco elevada y bajo presión de oxígeno. Se sometió el niño al uso de la leche cruda, se le hizo tomar zumo de uvas y de limón, y desde el cuarto día empezó la mejoría, que continúa. Indudablemente la enfermedad debe atribuirse al régimen anterior á que estuvo sometido el niño. Saca de este hecho la conclusión de que la leche esterilizada industrialmente puede ocasionar algunos accidentes cuando se emplea durante mucho tiempo y de una manera exclusiva.

El Dr. Netter: Cierto número de observaciones relativamente poco elevado, sin duda, prueba que la alimentación con leche esterilizada puede ser seguida de accidentes diversos. De 22 observaciones de enfermedad de Barlow, en ocho los niños habían sido alimentados exclusivamente con leche esterilizada. Esta no engendra por necesidad la enfermedad de Barlow, pero es capaz de favorecer su desarrollo. He observado un caso en un niño alimentado sólo con la leche Néctar, de que se hablaba hace poco. Recuerdo, además, cierto número de hechos análogos publicados en el extranjero, y en los que se atribuyó la enfermedad á la alimentación exclusiva con leche esterilizada. Conviene advertir que la esterilización priva á la leche de algunas de sus cualidades, y que las esterilizaciones sucesivas á que se la somete en ciertos casos agravan este inconveniente.

El Dr. Variot: Reconozco que la leche esterilizada tiene inconvenientes, pero no deben hacer olvidar las grandes ventajas de este modo de alimentación. De 1000 niños vigilados de cerca en mi Dispensario de la Gota de leche de Belleville, no he visto un solo caso de enfermedad de Barlow. Insisto sobre la parte importante que debe atribuirse en la génesis de los

accidentes á la alimentación extraña agregada á la lactancia y á los defectos de ésta. Para poder formarse una idea exacta y fundada sobre el valor de este modo de lactancia, es necesario estudiarla en los establecimientos especiales, por ejemplo, las Gotas de leche, donde puede vigilarse un gran número de niños.—(*Le Progrès médical.*)—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 22 de Octubre de 1902.

Empleo del agua oxigenada como antiséptico. — El Dr. *Courtade* critica el empleo del agua oxígenada que es de día en día más frecuente; es útil conocer algunos de los accidentes que puede provocar, y el autor menciona, al efecto, el peligro que se corre sirviéndose del agua oxigenada comercial en lugar del agua oxigenada medicinal. En un caso de otorrea, en una joven, desapareció el derrame por medio de los lavados con agua oxigenada, pero después reaparecieron los dolores al propio tiempo que se presentó una ulceración del conducto auditivo; la enferma era sifilítica y se acusó á la sífilis como causa de la ulceración, y el tratamiento específico fracasó. Por casualidad supo el autor que la enferma había sustituído el agua oxigenada del farmacéutico por la de su peluquero, y una vez suspendido el uso, la ulceración desapareció con rapidez. La explicación del hecho, según él, se halla en la gran cantidad que el agua oxigenada comercial contiene de ácidos clorhídrico, fluorhídrico, etc.

El Dr. *Gallois* propone asociar al agua oxigenada, en el momento de su aplicación, una solución al 3 por 100 de bicarbonato de sosa.

De las inyecciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis.—El Dr. *Leredde* lamentó que el amplio debate que había tenido lugar en la Sociedad de Terapéutica acerca del tratamiento de la sífilis por las inyecciones solubles, quedara sin conclusiones prácticas. Las opiniones opuestas al empleo regular de las inyecciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis tuvieron su origen hace quince ó veinte años, en que la técnica no era reglada y no tenía otra razón de ser. La ventaja esencial de las inyecciones consiste en que permiten obtener del tratamiento mercurial el máximum de efectos útiles, evitando los efectos nocivos. Para juzgar acerca de la superioridad terapéutica de un determinado tratamiento, importa adoptar un criterio único. El Dr. Leredde propone para ello tener en cuenta los efectos del tratamiento sobre las sifílides terciarias palmares, plantares y linguales. Se está autorizado para extender á la terapéutica mercurial de los demás accidentes de la sífilis las reglas que el Dr. Leredde ha podido deducir de la observación de estos accidentes. No se puede adoptar como criterio la acción de los diversos procedimientos sobre las sifílides secundarias; lo importante es actualmente reglar la técnica del tratamiento de los accidentes rebeldes, y en particular los del sistema nervioso. Al contrario de la opinión del Dr. Jullien, el Dr. Leredde cree que las inyecciones de sales solubles á muy altas dosis, por ejemplo de hermofenil, á la dosis de 6 á 8 centígramos por día, son

más activas que las inyecciones de calomelanos á 10 centígramos por semana, puesto que la actividad terapéutica le parece que está ligada á la cantidad de mercurio introducida en el organismo en la unidad de tiempo.

(*Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*). — CODINA CASTELLVÍ.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

(Continuación)

Tratamiento operatorio del cáncer del útero (*conclusión*).— El Dr. S. POZZI: El cáncer del útero reviste formas clínicas, cuya evolución varía según la edad del enfermo, el sitio de la neoplasia y la variedad histológica del tumor. A pesar de los progresos incesantes de la cirugía, queda por cima de los recursos de la terapéutica, y aunque podemos contar prolongaciones notables de la vida en casos particularmente favorables, no es posible decir que son curaciones. A excepción de algunos casos favorables, que nos hacen ser muy escépticos respecto al diagnóstico, estamos tan convencidos de la poca eficacia de nuestros medios, que consideramos de antemano condenada toda mujer afectada de cáncer del útero. Este pronóstico autoriza, á los ojos de ciertos cirujanos, todas las audacias; y justifica todas las tentativas operatorias hechas para librar á la enferma de una muerte segura ; para otros excusa toda timidez y legitima el empleo en muchos casos del tratamiento paliativo.

El cáncer del útero jamás es idéntico á sí mismo, y creo conveniente, como otros muchos, señalar la influencia de la edad. Me ha ocurrido operar mujeres de menos de veinticinco años, y he visto siempre con pena recidivar el cáncer en el mismo sitio, á veces antes de la cicatrización, á pesar de las exeresis extensas. Al contrario, en mujeres de más de sesenta años he conseguido, con tratamientos puramente paliativos, por curas cuidadosas, por raspados sucesivos seguidos de cauterización, prolongar la vida bastantes años. Estos casos extremos son, sin duda, excepcionales, pero prueban que es imposible dictar leyes fijas en la terapéutica del cáncer.

En la edad media de la vida, período electivo del cáncer uterino, existen también diferencias que es imposible especificar científicamente, pero que indicamos por los términos temperamento, predisposición morbosa adquirida por enfermedades anteriores, etc. El cáncer que se desarrolla en una mujer artrítica, hija de cancerosos, ¿es comparable al que sobreviene en una linfática, hija de tuberculosos? ¿Los temperamentos nerviosos reaccionan como los pletóricos? ¿Los organismos de nutrición lenta se comportan de la misma manera que aquellos otros, cuyos tejidos, dotados de vitalidad, presentan á las células neoplásicas un terreno abonado en el que podrán desarrollarse perfectamente? ¿Podrán buscarse en estas nociones de patología general las razones de algunos éxitos en casos que parecían desesperados, á la vez que la explicación de reveses sorprendentes ocurridos en condiciones

al parecer ventajosas por completo? Es indispensable, por lo tanto, colocar al lado de la naturaleza del mal el organismo en que se desarrolla.

Otro punto sobre el que todos estamos de acuerdo, es la diferencia tan notable que existe entre el cáncer del cuerpo y el del cuello. El primero, por la lentitud de su marcha, por lo tardío de su propagación á los tejidos inmediatos, no puede compararse al segundo, cuya rapidez es de ordinario tan grande, que casi nunca conseguimos atacarle á tiempo.

Existen, por último, variedades histológicas cuya distinta gravedad enseña la experiencia.

Resulta de lo que precede, que las cancerosas no son en modo alguno comparables entre sí. No pretendo embrollar el debate introduciendo todos estos elementos que es necesario tener en cuenta sólo para tomar una decisión.

El cáncer del cuerpo del útero, se ha considerado durante mucho tiempo como excepcional. Las estadísticas coleccionadas por Tesson (en su Tesis de 1902), prueban al parecer que esta enfermedad es más frecuente de lo que se había creído. Dmitri de Ott ha observado 15 cánceres del cuerpo en 62 epiteliomas uterinos (1900). Cullen (de Baltimore), habla también de 30 cánceres del cuerpo en 108 enfermas (1900). Terrier ha observado 6 casos en 28. Según Zweifel (1902), la proporción es la siguiente: 90 por 100 de cánceres cervicales y 10 por 100 de cánceres del cuerpo.

En los casos que he operado en el Hospital Broca durante once años (1890 á 1902), sólo he observado 6 cánceres primitivos del cuerpo contra 204 del cuello.

Esta desproporción entre mis propias observaciones y las de los autores precedentes, me induce á creer que quizá ciertos cirujanos han atribuído con demasiada facilidad, una significación maligna á las disposiciones atípicas de textura que se observan algunas veces en las metritis antiguas. He visto histólogos en desacuerdo respecto á un fragmento de mucosa extirpado por el raspado explorador en una biopsia preoperatoria, afirmando uno que se trataba de adenoma maligno ó de epitelioma, y quedando el otro en la duda. El profesor Cornil me ha manifestado que en muchos casos era imposible la afirmación absoluta. ¿No se habrán considerado sin razón como cancerosas lesiones insignificantes de otra naturaleza? Planteo el problema sin resolverlo.

El punto más importante de la historia del cáncer primitivo del cuerpo del útero, es la lentitud de su evolución clínica y lo tardío de su propagación al parametrio y á los ganglios linfáticos. Todos los autores han insistido sobre su benignidad relativa, carácter importantísimo desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico. Mientras que el cáncer del cuello se propaga con rapidez á la vagina, la vejiga, el recto, los ligamentos anchos, produce infartos ganglionares precoces y mata á las enfermas en dieciocho á veinticuatro meses, rara vez más tarde, el del cuerpo se desarrolla con una lentitud sin ejemplo para las neoplasias de origen epitelial; durante meses y años queda localizada entre las paredes uterinas que desempeñan el papel de coraza protectora contra la propagación á los órganos inmediatos, y, durante largo tiempo, las enfermas conservan el aspecto de salud.

El tratamiento del cáncer del cuerpo del útero consiste en la histerectomía; como el principio en materia de cirugía de cáncer es no reducir la neo-

plasia á fragmentos para evitar los ingertos, y como, por otra parte, el cáncer del cuerpo aumenta el volumen del órgano, y se observa en mujeres de cierta edad en las que la vagina ha experimentado ya más ó menos la involución senil, creo que la histerectomía abdominal es el procedimiento electivo.

Todos los cirujanos están conformes en admitir que en estos cánceres es en los que se obtienen las curaciones más numerosas y durables.

Lauwers, que ha obtenido 6 curaciones aparentes de uno á cinco años, (en 12 operadas de cáncer del cuerpo uterino), dice que en 3 de cáncer del cuerpo no ha observado recidiva desde hace cinco años.

Boissier cita 3 casos sin recidiva desde tres años y medio, y 1 desde hace siete años.

Steinbach manifiesta que de 23 operadas de la Clínica de Hofmeier, 13 están curadas desde hace tres y cuatro años.

Segond habla de 2 curadas de 13, despnés de cuatro y nueve años.

Winter ha reunido 30 observaciones de cáncer del cuerpo, de ellas 14 con recidiva y 16 sin ella á los cinco años y más. Entre estas últimas había 3 curadas desde hacía once años.

El cáncer del cuello del útero se caracteriza en su esencia:

1.° Por la rapidez de su evolución, que hace que tarde poco en franquear los límites de la matriz para propagarse á los órganos inmediatos é invadir la vagina, los ligamentos anchos, la vejiga y el recto.

2.° Por la precocidad con que se interesan los ganglios.

El tratamiento curativo del cáncer del cuello uterino no puede consistir más que en la exeresis de todos los tejidos infiltrados por la neoplasia. Para que esta exeresis sea eficaz, necesita ser lo más completa posible y llegar hasta los tejidos sanos.

¿En qué casos está justificada una intervención llamada radical por la histerectomía? Es difícil dar reglas seguidas por todos: los cirujanos se atienen en este caso á su temperamento, tanto más cuanto que, como decía al principio, el cáncer uterino es una enfermedad rebelde y rápidamente mortal.

Según Burkhardt (de Greifswald), sólo el 26 por 100 de las enfermas que se presentan á nuestro examen, se hallan en estado de soportar la intervención radical con probabilidades de éxito; en la Clínica de Breslau se han examinado, desde 1893 á 1896, 275 cancerosas, de las que únicamente 63 eran operables; en la de Dresde (1889-1896), de 105 casos sólo fueron sometidos á la intervención 22.

Desde hace diez años han ingresado en la Clínica de Guserow 577 cancerosas y no ha operado más que á 89. En la Clínica de Moscou han sido operadas 52 enfermas de 533. Por mi parte, en el Hospital Broca (1890-1902), de 210 operadas, sólo lo fueron de histerectomía 80.

En Francia, la generalidad de los cirujanos creen que la operación está contraindicada siempre que el cáncer inmoviliza el útero. Sigo siendo fiel á mi fórmula: cuanto más pequeña es la lesión (en el cáncer del útero) más extensa debe ser la operación y *viceversa*; cuando la neoplasia se ha propagado á gran distancia del útero, me limito á hacer el raspado con la cucharilla cortante, seguido de la cauterización con el hierro candente. Practico

la histerectomía si está interesado sólo el útero ó la propagación es ligera y la víscera conserva su movilidad.

En Alemania se admiten indicaciones más extensas de la histerectomía. Leyendo las observaciones de Wertheim se ve que se trataba casi siempre de casos en los que el parametrio estaba extensamente infiltrado por la neoplasia. Según Mackenrodt no debe vacilarse en intervenir aunque los ligamentos anchos estén interesados, aunque la vejiga haya sido invadida. Schauta y Küstner son, en verdad, menos audaces, pero la infiltración ligera del parametrio no les detiene. Para Hofmeier y Olshausen la invasión del ligamento ancho es una contraindicación absoluta. Cholmogoroff y Pernice sólo intervienen cuando la pared vaginal está completamente sana.

Los cirujanos han seguido varias vías para llegar al útero canceroso y practicar la ablación completa. No nos ocuparemos más que de las dos principales: la *vaginal* y la *abdominal*, dejando á un lado los otros métodos: *sacro*, *paravaginal*, etc., que no han quedado ó que no han entrado hasta ahora en la práctica corriente.

La histerectomía vaginal, después de haber disfrutado durante mucho tiempo una gran reputación en el tratamiento radical del cáncer uterino, ha perdido terreno desde que la vía abdominal ha hecho concebir la esperanza de una intervención más radical. Gracias á la gran abertura que deja la laparotomía es posible, en efecto, no sólo extirpar el útero con más facilidad, sino también explorar y disecar la excavación pelviana, extirpar los ganglios afectados ó sospechosos, suprimir los ligamentos anchos, resecar el tejido celular del suelo pelviano, etc. La laparohisterectomía permite, por lo tanto, al cirujano atacar cánceres avanzados en su marcha y que es imposible extirpar por la vagina.

Más todavía: según ciertos partidarios de la vía abdominal, no puede hablarse de extirpación total del cáncer si no se extirpa á la vez que el útero la parte superior de la vagina, los ligamentos anchos, los ganglios linfáticos y todos los tejidos sospechosos.

Freund, Funke, Peiser, en Alemania, Irish, Clark, Ries, en América, fueron los primeros en proclamar la excelencia de la laparohisterectomía. En Francia, esta operación fué calurosamente defendida, primero por Ricard, después por Reynier, Faure y Terrier; en Bélgica, Jacobs y Rouffart la han aconsejado con el mayor entusiasmo.

En la actualidad, tiene casi tantos partidarios como la histerectomía vaginal. Uno de los más entusiastas es Wertheim (de Viena), al que se debe una técnica muy ingeniosa. Krœnig (de Leipzig), Mackenrodt, Dœderlein, la consideran como una operación ideal, y Rosthorn (de Praga) es de la misma opinión.

Entre los partidarios más entusiastas de la vía vaginal, merecen citarse Richelot, Segond, Martin (de Greifswald), Jordan (de Heidelberg), Olshaussen (de Berlín), Hofmeier (de Wurzburgo), Dmitri de Ott (de San Petersburgo). Para estos cirujanos la ablación de los ganglios y del tejido celular pelviano es ilusoria y carece de utilidad práctica. Ante todo, los ganglios no se afectan siempre, y ningún cirujano sincero se alabará de haberlos extirpado todos.

Otro tanto puede decirse del tejido celular pelviano; intentar extirparlo

por completo es una tarea superior á las fuerzas humanas. Hablar de raspado completo de la pelvis es preciarse de palabras.

¿Qué partido adoptar entre éstas opiniones extremas?

Creo que las vías vaginal y abdominal tiene cada cual sus indicaciones. Me parece que es necesario no dejarse hipnotizar por el terror ganglionar porque, á mi juicio, la muerte, en caso de cáncer del cuello uterino, es debida rara vez á la adenopatía. Las enfermas mueren por las hemorragias repetidas y por la septicemia crónica, que no tarda en complicar el cáncer, y, sobre todo, por los accidentes urémicos consecutivos á la compresión de los uréteres, en la que los ganglios rara vez desempeñan un papel preponderante. Me inclino á creer que cuando el cáncer está, al parecer, limitado al útero, á juzgar por el tacto vaginal y la palpación bimanual, la histerectomía vaginal es suficiente. Si, por el contrario, el parametrio está infiltrado, aunque poco, y la movilidad del útero disminuída, creo que sólo debe recomendarse la vía suprapelviana, que permite la disección más perfecta de la zona peligrosa, en la que están comprendidos los uréteres.

Como se ve, la cuestión de la adenopatía es para mí de índole secundaria. Sin embargo, es en la actualidad la gran preocupación de muchos ginecólogos; la histerectomía abdominal tiene hoy tantos partidarios porque permite descubrir los ganglios afectados. Extirpar el útero sin tocar á los ganglios es, dicen, hacer una operación incompleta; no puede esperarse la curación durable ó definitiva mientrasno se hace la extirpación extensa de todos los tejidos susceptibles de ser contaminados por el proceso canceroso; la ablación de los ganglios tributarios del territorio infectado se impone siempre y de una manera formal.

Indudablemente es una teoría seductora. ¿Pero cuál es la frecuencia real de esta adenopatía invocada siempre y hasta qué punto es responsable de la recidiva post-operaroria? Los autores no están de acuerdo sobre este punto capital ni suministran datos precisos. Mientras que Winter afirma que los ganglios casi nunca se afectan antes de ser invadidos los ligamentos anchos, Mackenrodt, Gussenbauer, Schnchhardt sostienen que los ganglios linfáticos se hallan afectados en la mayor parte de los casos, aun cuando los fondos de saco y los ligamentos anchos parezcan sanos á primera vista.

R. Williams, en sus investigaciones anatómicas, los ha encontrado infiltrados 56 veces en 78 casos, Jacobs 22 veces en 23 casos, Ricard dos veces en 9 casos.

Según Peiser, que ha comparado estas investigaciones con las de Cruveilhier, Russell, Dietrich, etc., los ganglios linfáticos tributarios del cuello están afectados en el 50 por 100 de los casos, en el momento en que las enfermas consultan al cirujano (para este autor, los primeros ganglios invadidos son los hipogástricos y los sacros laterales, después los ilíacos externos y, por último, los lumbares).

A creer á Wertheim, tan gran autoridad en materia de cancer uterino, los ganglios son invadidos de una manera irregular.

Merecen citarse tambien los hechos referidos por Kœnig (de Berna), quien dice que sólo ha encontrado afectados los ganglios dos veces en siete histerectomías por cáncer.

Por último, en 26 casos Dœderlein no ha encontrado infartos ganglionares

ocho veces; en siete casos la presencia de dichos infartos coincidía con la invasión del parametrio. Se ve cuán inseguros y contradictorios son estos resultados.

Por mi parte creo que el papel desempeñado por el infarto ganglionar en el mecanismo de la recidiva y de la muerte es secundario por completo. Según lo que he observado, en la mayor parte de los casos la recidiva se produce en la cicatriz vaginal ó cerca de ella, en el tejido celular ó en la mucosa.

La cuestión de la adenopatía no está, pues, resuelta, y por el pronto no debe tenerse en cuenta, en primer término, para la determinación de la vía que debe elegirse para la extirpación del cáncer del cuello uterino. Si prefiero actualmente, en los casos algo avanzados con disminución ligera de la movilidad uterina, la vía abdominal á la vaginal, es únicamente porque solo la laparotomía permite extirpar las durezas neoplásicas que existen á lo largo de los uréteres, para dejar libres estos conductos frente al cuello del útero ó más abajo en la base de los ligamentos anchos.

Existen además otras indicaciones para la vía alta, á saber :

La laparotomía es preferible cuando la vagina presenta dificultades á causa de la estrechez de este conducto y, sobre todo, en los casos de involución senil. La desaparición del cuello por una amputación hecha anteriormente ó su destrucción profunda por la neoplasia son, á mi juicio, indicaciones de la histerectomía abdominal. Otro tanto diré de la invasión, particularmente avanzada del labio y pared anteriores del útero que hacen temer la infiltración de los tejidos alrededor de la parte terminal de los uréteres, sobre todo cuando hay á la vez algo de oliguria y trastornos estomacales ó nerviosos que pueden atribuirse á un principio de uremia crónica por obstáculo á la eliminación de la orina. La histerectomía abdominal es la única que permite, por la disección escrupulosa, aislar los uréteres de los tejidos duros que les comprimen. La invasión por ulceración de los fondos de saco vaginales es también para mí una indicación de la histerectomía abdominal; en efecto, es mucho más fácil separar bien la vagina de arriba á abajo que de abajo á arriba. En ciertos casos puede, además, limitarse por medio de una circuncisión preliminar la neoplasia de la vagina. La laparotomía es asimismo preferible cuando el cuerpo del útero está bastante aumentado de volumen para que su ablación exija reducirlo á fragmentos, porque entonces se corre el riesgo de producir ingertos y á veces también de infectar extensamente el campo operatorio por la abertura de una cavidad uterina séptica. En esta categoría de hechos se incluyen los cánceres complicados con cuerpos fibrosos, con embarazo, piometria, lesiones de los anejos (casi siempre salpingitis). Señalo en estos casos la posibilidad de un error, raro á la verdad; podría creerse en la inmovilización de un útero canceroso por la extensión de la neoplasia, cuando depende de adherencias perisalpingianas; el estudio clínico detenido es el único que permite evitar semejante error.

La mortalidad espantosa de las primeras tentativas de histerectomía abdominal por cáncer, no es más que un mal recuerdo. Basta comparar la estadística antigua de Kaltenbach (62 ó 70 por 100 de mortalidad) con las cifras actuales para probar los progresos realizados por la aplicación más extricta de la asepsia unida á los perfeccionamientos sucesivos de la técnica operatoria.

Es preciso que la operación de Freund sea una intervención benigna. Es una operación mucho menos mortífera que antes, y hay motivos para esperar que su pronóstico mejorará á medida que sean mejor conocidos todos los detalles; la estadística de mi Clínica es una prueba nueva, porque en el año actual (1902), en 8 histerectomías abdominales por cáncer, he obtenido 8 curaciones. Sin embargo, si se consideran en conjunto la operaciones publicadas recientemente, resulta una mortalidad elevada. Por mi parte, en 34 casos de histerectomía abdominal por epitelioma del útero, operados en mi Clínica desde hace tres años, 8 terminaron por la muerte, ó sea una mortalidad de 26 por 100. Los demás cirujanos han obtenido resultados casi análogos á juzgar por la comparación de las estadísticas publicadas desde 1898.

En Francia: Segond ha operado 5 casos con 0 muertes; Legueu 7 casos con 3 muertes; Terrier 15 casos con 3 muertes; Richelot 24 casos con 8 muertes; Reynier 13 casos con 4 muertes; Faure 6 casos con 1 muerte; Ricard 9 casos con 2 muertes; Pantaloni 8 casos con 2 muertes; Hartmann 3 casos con 0 muertes; Poirier 5 casos con 2 muertes, ó sea un total de 95 casos con 8 muertes *ó una mortalidad de* 33 *por* 100.

En el extranjero: Schauta ha operado 15 casos con 9 muertes; Krönig 8 casos con 1 muerte; Dœderlein 26 casos con 6 muertes; Wertheim 60 casos con 17 muertes; Küstner 16 casos con 4 muertes; Freund 40 casos con 15 muertes. O sea un total de 165 casos con 54 muertes, *ó una mortalidad casi de* 34 *por* 100.

Según otra estadística, Jonnesco ha operado 6 casos con 3 muertes; Veit 4 casos con 0 muertes; Leopold 8 casos con 7 muertes; Ries y Zweifel 8 casos con 7 muertes; Czempin 3 casos con 1 muerte; Rosthorn 28 casos con 12 muertes; Wisselink 8 casos con 1 muerte; Jacobs 52 casos con 4 muertes; Seidelmann 19 casos con 10 muertes; Irish 25 casos con 3 muertes. O sea un total de 168 casos con 52 muertes, *ó una mortalidad de* 30 *por* 100.

Estas tres estadísticas suman un total de 418 *casos con* 132 *muertes, ó sea* 31 *por* 100 *de mortalidad.*

Winter ha coleccionado en 1901, 134 casos operados en Alemania con 33 muertes = 24'6 por 100 *de mortalidad.*

En 1901 en el Congreso de Giessen, se citaron estadísticas más favorables:

Hofmeier en 18 casos cuenta 3 muertes; Amann en 14 casos 4 muertes; Freund en 15 casos 2 muertes; ó sea un total de 47 casos con 9 muertes, *ó* 19 *por* 100 *de mortalidad.*

La mortalidad de la histerectomía vaginal no es tan elevada, pero debe reconocerse que no comprende casos tan avanzados y, por consiguiente, tan graves como la abdominal. La comparación no es, por lo tanto, exacta en absoluto.

Desde 1890 á 1902 la estadística de mi Clínica comprende 46 casos de histerectomía vaginal con 7 muertes, ó sea 15 por 100, entre ellos 9 casos desde 1899 con 9 curaciones.

Según Winter:

Léopold en 122 casos cita 7 muertes; Landau en 104 casos 8 muertes; Martin en 77 casos 10 muertes; Hofmeier en 120 casos 13 muertes; Olshausen en 446 casos 35 muertes; ó sea un total de 969 casos con 73 muertes, ó 7'5 por 100 *de mortalidad.*

He aquí otras cifras recientes: Bouilly en 183 casos ha tenido 28 muertes; Segond en 95 casos 17 muertes; Richelot en 113 casos 8 muertes; Terrier en 12 casos 2 muertes; Schwartz en 15 casos 0 muertes; Quénu en 12 casos 0 muertes; ó sea un total de 430 casos con 55 muertes, 12 por 100 *de mortalidad.*

D. de Ott de 180 casos ha tenido 4 muertes; Schauta en 241 casos 25 muertes: Zeweifel en 104 casos 14 muertes; Herzfeld en 29 casos 0 muertes; Sænger en 29 casos 1 muerte; Janurin en 16 casos 8 muertes; Burkhardt en 50 casos 10 muertes; ó sea un total de 739 casos con 47 muertes, 6'5 por 100 *de mortalidad.*

En el Congreso de Ginecología de Giessen de 1901, se publicaron las estadísticas siguientes:

Fristch 395 casos con 26 muertes; Dœderlein 80 casos con 1 muerte; Chrobak 47 casos con 2 muertes; Arnann 100 casos con 4 muertes; ó sea un total de 622 casos con 33 muertes, ó 5'5 por 100 *de mortalidad.*

La primera impresión que se saca de estos hechos es que la histerectomía vaginal es dos ó tres veces menos grave que la laparohisterectomía; de aquí la conclusión de que debe preferirse la primera á la segunda. Semejante deducción es, sin embargo, exagerada. En efecto, según he dicho, la mayor parte de los resultados que se citan se refieren á cánceres muy avanzados en su desarrollo; en estas condiciones la cifra elevada de la mortalidad inmediata nada tiene de sorprendente.

Creo, sin embargo, indudable, que en igualdad de circunstancias la ablación del cáncer del útero á través de la cavidad peritoneal (que puede infectar á pesar de todas las precauciones preoperatorias y operatorias), es una operación más grave que por la vagina. De aquí la regla de conducta que sigo: adoptar la vía vaginal, excepto cuando existen las contraindicaciones numerosas que he indicado.

No podemos contar con la curación definitiva del cáncer uterino cuando se han visto sobrevenir recidivas á los siete y ocho años de curación aparente. Hablamos sólo de *prolongaciones* largas de la vida.

Se han publicado buenas estadísticas de la operación por la vía vaginal. En el Congreso de París de 1900, Dmitri de Ott citaba: 13 de sus operadas quedaron sin recidiva cinco años; 6 durante seis; 3 durante siete; 1 durante ocho; 3 durante nueve; 4 durante diez, y 1 durante quince.

Leopold dice que de 45 cancerosas del cuello operadas por la vía vaginal, en 21 no había recidiva desde hacía cinco años.

Landau manifiesta que de 50 cánceres del cuello operados por la vagina, en 10 no había recidiva cinco años después.

Según Fritsch, el 10 por 100 de las operadas quedan curadas.

Zweifeld ha publicado la estadística siguiente: de 225 histerectomías vaginales, hubo 15 muertes operatorias; de 132 operadas vueltas á ver, en 85 había recidiva; 34 estaban curadas desde hacía más de cinco años, 8 desde seis á siete años, 6 desde siete á ocho, 12 desde ocho á nueve, 3 desde nueve á diez, 3 desde diez á once, 5 desde once á doce, y 4 desde doce á trece. Por último, 52 operadas desde tres meses á cuatro años no presentaban recidiva.

Winter ha formado una estadística de 69 casos de histerectomía vaginal,

practicada por diferentes cirujanos : 13 estaban curadas desde hacía más de cinco años, 10 desde más de seis, 11 desde más de siete, 9 desde más de ocho, 10 desde más de nueve, 10 desde más de diez, 4 desde más de once, 1 desde más de trece y 1 desde más de 14. (Estas operadas pertenecen á una serie de 300 histectomías vaginales, de las que hubo 45 muertes operatorias, 14 enfermas perdidas de vista, 11 muertas á consecuencia de otra enfermedad, 161 recidivas y 69 curaciones aparentes).

De mis 204 operadas de la serie hospitalaria que he indicado antes, sólo he visto dos prolongaciones notables de la vida ; una de seis años, y otra, que vive aún, diez años después de practicada la operación.

Los resultados obtenidos por la vía abdominal, son más difíciles de apreciar. La histerectomía abdominal por cáncer, es una operación vulgarizada hace demasiado poco tiempo para que puedan compararse sus efectos con los de la histerectomía vaginal. Sus partidarios creen que es posible obtener por este medio curaciones más numerosas, ó al menos prolongaciones más largas de la vida que las obtenidas por el método vaginal. *A priori*, esta esperanza es fundada; pero es necesario que pasen varios años para saberlo. Hasta entonces conviene citar algunas estadísticas.

Winter, en una comunicacion hecha á la Sociedad Alemana de Ginecología (1901), expuso los resultados siguientes (conviene advertir que califica de *recidiva* la reproducción del cáncer antes de los doce meses; de *curación* la falta de recidiva pasado este término) : Legueu, 6 casos, 6 recidivas; Jacobs, 32 casos, 10 recidivas, 22 curaciones ; Faure, 3 casos, 1 recidiva, 1 curación ; Terrier, 13 casos, 10 recidivas ; Quenu, 3 casos, 2 recidivas, 1 curación ; Irish, 10 casos, 5 recidivas, 5 curaciones ; Werttheim, 17 casos, 17 curaciones ; Hofmeier, 14 casos, 5 recidivas, 9 curaciones; Leopold, 6 casos, 2 recidivas, 4 curaciones ; Bumm, 4 casos, 2 recibidas, 2 curaciones.

«Antes de afirmar, dice Wertheim, la *curación definitiva* hay que esperar ocho ó diez años».

En el Congreso de Ginecología celebrado en Giessen en 1901, Freund afirmó su completa confianza en los resultados definitivos de la vía abdominal ; citó como ejemplo dos de sus operadas, curadas sin rastro de recidiva hace veintitres y diecisiete años. En el mismo Congreso, Mackenrodt manifestó que de 39 operadas hace tres años, en 18 no hay recidiva. Es una serie feliz, pero al parecer algo excepcional.

En resumen ; desde el punto de vista de la duración superior de la curación, la histeroctomía abdominal no ha hecho aún sus pruebas. Es, cuando menos, un recurso importantísimo en los casos numerosos en que la vía vaginal es insuficiente.

Conclusiones.—1.ª Con el tratamiento quirúrgico del cáncer del útero no se obtienen casi nunca curaciones definitivas ; la curación rara vez se prolonga más de dos años ; hay, sin embargo, curaciones excepcionales, cuyo término medio varía entre cuatro y seis años y á veces más.

2.ª La histerectomía no está indicada cuando la neoplasia ha salvado los límites del útero de manera que disminuye su movilidad y endurece los tejidos inmediatos. Con un tratamiento paliativo, por el raspado y la cauterización ígnea, repetido las veces necesarias para destruir las fungosidades, se prolonga la vida bastante tiempo, y además es un medio poco peligroso.

3.ª El papel de los ganglios en los accidentes terminales ó en la recidiva post-operatoria se ha exagerado. La compresión de los uréteres (causa predominante de los accidentes graves), rara vez es debida á la adenopatía, sino más bien á la propagación del cáncer al tejido celular inmediato. La recidiva es debida más que al desarrollo á distancia de la adenitis, á infiltración de la cicatriz, que se endurece y se ulcera. La extirpación de los ganglios jamás es completa; influye, al parecer, poco sobre la recidiva de los accidentes que provocan la muerte. La vía abdominal no está indicada únicamente por la necesidad de extirpar los ganglios.

4.ª La histerectomía abdominal es más grave que la vaginal por aumentar las probabilidades de infección. Debe reservarse para los casos especiales en que la laparotomía da facilidades particulares.

Los casos numerosos en que la vía alta es preferible son aquellos en los que la operación por la vagina presenta dificultades debidas á las causas siguientes: estrechez ó atrofia de este conducto, friabilidad extremada ó desaparición del cuello, adelgazamiento considerable de la pared anterior del útero ó invasión extensa de los fondos de saco vaginales.

La laparotomía es también preferible cuando el cuerpo del útero está bastante aumentado de volumen para exigir la reducción á fragmentos por la vía vaginal (cánceres voluminosos del cuerpo, cánceres complicados con fibromas, con embarazo, con piometria ó con piosalpingitis).

Finalmente, la histerectomía abdominal está indicada siempre que la movilidad del útero se halla disminuída y haya induración en su proximidad. Es la única que permite, en efecto, con conocimiento de causa, salvar los límites del útero, seguir la infiltración neoplásica, y sobre todo, librar los uréteres de los tejidos inmediatos que han perdido su flexibilidad (esta última indicación es para mí la principal).

Aunque más grave que la histerectomía vaginal, su pronóstico operatorio no es, sin embargo, muy sombrío; como toda operación se hace más benigna á medida que se perfecciona su técnica.

5.ª Los grandes destrozos producidos al extirpar el tejido celular pelviano, el raspado de la pelvis, la extirpación de la cadena ganglionar, constituyen operaciones cuya gravedad parece excesiva en relación con el resultado que puede obtenerse. En los cánceres incipientes, una operación más sencilla (ablación del útero), puede producir resultados bastante buenos, y en los casos avanzados, en presencia de una enfermedad cuya terminación casi segura es la muerte en un plazo corto, un tratamiento paliativo benigno es preferible á otro pseudocurativo peligroso; la operación mejor es entonces la que tiene menos probabilidades de muerte inmediata, aliviando á la enferma y prolongando su vida.

6.ª La histerectomía vaginal que expone menos á la infección, sigue siendo el tratamiento electivo en los casos desgraciadamente muy raros en que el útero canceroso es móvil y las partes inmediatas no se han endurecido (quedando además, entonces, algunas indicaciones para la vía alta que se han especificado ya).—(*La Presse medicale*).—F. Toledo.

(Concluirá).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 16 *de Julio de* 1902.

Anemia perniciosa; leucemia.—El Dr. Ewald: Aquí presento un sujeto que el día 17 de abril ingresó en el hospital en un estado sumamente deplorable. Su color era pálido; se veía obligado á hacer cama y las cifras de glóbulos rojos y blancos eran de 1 800.000 y 9.000 respectivamente. Fuera de la poiquilocitosis y de la existencia de algunos glóbulos rojos nucleados, no se encontró ninguna otra alteración en los glóbulos sanguíneos. Se emplearon las inyecciones de metaarseniato de anilido, pero sin éxito. En vista de esto, inyecté 200 gramos de sangre desfibrinada procedente de un hombre sano; inmediatamente después subió la temperatura á 39°,6, pero descendió después, y desde entonces, el paciente se fué restableciendo de un modo visible; su peso subió de 58 kilogramos á 70; hace ahora la impresión de un sujeto sano, y las cifras de los glóbulos rojos y blancos son 3.700.000 y 5.000 respectivamente. Como no se ha empleado más remedio que la transfusión, y la cantidad de sangre inyectada no ha sido muy grande, es de creer que ha obrado estimulando la actividad de los órganos hematopoiéticos.

Aquí presento también un enfermo con leucemia genuína y gran esplenomegalia, sin que á pesar de ello esté pálido este sujeto.

El Dr. Senator: Yo también he visto leucémicos no pálidos, pero siempre tenían muy pálidas las mucosas y dolor esternal á la presión, síntomas que también existen en el sujeto presentado por Ewald.

El Dr. v. Bergmann: Yo he abandonado la transfusión á causa de la elevación térmica que produce, y creo que un caso solo no basta para rehabilitarla.

El Dr. Ewald: Yo he visto varios casos en que dió buen resultado, pero este no siempre se sostiene por mucho tiempo.

Un caso de afección producida por el eusponglus gigas. — El Dr. Sturz: Aquí presento un sujeto, procedente de la Australia, que me vino á consultar porque orinaba muy turbio. La orina era quilosa, contenía colesterina, lecitina, albúmina y leucocitos. Pensé primeramente en la filaria, pero no encontré el parásito ni sus huevos en la orina, ni tampoco en los coágulos sanguíneos que á veces salían de la vejiga. Con el cateterismo uretérico se comprobó que la orina quilosa sólo provenía del ureter izquierdo, encontrándose por fin, y á fuerza de mucho buscar, huevos del eusponglus gigas, que hasta ahora no se había visto en el hombre. Este gusano puede alcanzar hasta un metro de largo y hacer que reviente la pelvis renal. El paciente orina claro en los decúbitos dorsal y derecho, y turbio en el decúbito izquierdo y cuando está sentado. El examen funcional ha demostrado que los dos riñones funcionan de un modo suficiente.

En vista de lo expuesto, procederá uno de estos días König á practicar la nefrotomía en el lado izquierdo. Además se han hallado otros huevos que hasta ahora no se sabe cómo clasificar.

Parálisis del simpático derecho y de los dos cricoaritenoideos posteriores.—El Dr. Milchner: La mujer de sesenta y un años que aquí presento empe-

zó á notar en 1901 que tenía un tumor en el lado derecho del cuello, y al poco tiempo se iniciaron dolores en el brazo derecho. El tumor es duro y está muy adherido á la clavícula. En el lado derecho están estrechadas la hendidura palpebral y la pupila, hundido el globo ocular y atrofiada la mitad respectiva de la cara. La cuerda vocal derecha está en posición cadavérica completa; la izquierda se dirige á la derecha sobre la línea media, pero hacia la izquierda se ve muy poco.

Osteogenesis imperfecta.—El Dr. Joachinsthal: Aquí presento un niño de tres meses que ha nacido con corvaduras y flexiones en varios huesos largos. Como no hay nada de sífilis y tampoco existe ningún abultamiento de las epífisis que revele la existencia de raquitismo, creo que sólo se puede tratar de una condrodistrofia ó de una osteogenesis imperfecta, y me inclino más bien á esta última hipótesis.

Investigaciones sobre los sueros estreptocócicos y antiestreptocócicos. — El Dr. Hans Aronson: Ante todo traté de investigar si los estreptococos que Baginsky encontró en la escarlatina son diferentes de los demás, para lo cual, inmunizando con ellos á determinados animales, habría que ver si quedaban ó no preservados contra la infección por otros estreptococos. Después habría que averiguar si existe un suero que también sea curativo en el hombre. Los sueros de Marmorek y de Tavel no manifiestan ningún poder preventivo en los animales. Es difícil cultivar estreptococos muy tóxicos; el resultado no es siempre uniforme. Hay que cuidar mucho de que el caldo contenga suficiente álcali. Si se consigue el cultivo, el caldo no debe ser ácido; 500 cm^3 de caldo contienen entonces 0'6 gramos de estreptococos. Estos contienen un veneno que no queda en libertad con el calor, pero que se puede hacer pasar al cloroformo agitando el cultivo con esta substancia.

Inyectando estreptococos á un caballo, se producen á veces supuraciones locales, y si la inyección es intravenosa, artritis serosas y endocarditis.

Para la investigación cuantitativa del suero profiláctico, empleo ratones, de tal modo que un suero normal protege á un ratón contra una cantidad décuple de veneno. El que ahora preparo es diez veces más activo, y no sólo obra como profiláctico, sino también como curativo. A las dos horas ya han pasado los estreptococos del pericardio á la sangre; á pesar de esto, todavía se pueden curar los ratones al cabo de siete horas y hasta se salvan la mitad de los ratones después de las veinticuatro, siendo así que los no tratados con el suero sucumben á las treinta y seis á cuarenta y ocho horas.

He experimentado con suero procededente de un escarlatinoso: se condujo siempre lo mismo, con toda clase de estreptococos. De donde resulta que éstos tampoco son diferentes en el concepto biológico. No he podido observar por qué mecanismo se verifica la curación por medio del suero. Éste produce la aglutinación con una dilución de 1 por 20.

Hasta ahora no se ha hecho gran aplicación del suero en el hombre. En un niño atacado de erisipela grave, se obtuvo una defervescencia rápida con una inyección de 100 unidades antitóxicas: al día siguiente reapareció la fiebre, y con una nueva inyección se mantuvo normal la temperatura de un modo definitivo.

El Dr. Meuzer: Aunque el suero de Tavel es ineficaz en los animales,

no lo es en el hombre. Los resultados que yo he obtenido en el reumatismo articular, han sido confirmados por nuevos experimentos.

El Dr. WASSERMANN: Desde el punto de vista bacteriológico, el suero antiestreptocócico de Aronson es el único que resiste á una crítica rigurosa y que se funda en experimentos conducidos de un modo científico. En bacteriología hay que distinguir sueros antitóxicos y sueros bactericidas: el tipo de los primeros es el antidiftérico; de los segundos, ninguno ha conquistado hasta ahora general aceptación. Para que éstos obren, es necesario la existencia de un fermento digestivo, de un complemento y de un cuerpo inmunizador que transporte los materiales á las bacterias. Para que obre el suero, debe encontrar el complemento en el organismo; esta es la razón, verbigracia, de que el suero anticarbuncloso obre en la oveja y sea inactivo en el conejillo de Indias. El suero de Aronson, si no es de los bactericidas, se le parece mucho. La experiencia enseñará si el hombre posee el complemento que necesita dicho suero para ser eficaz.

Conservación de la carne y de sus preparados.—El Dr. DORQUET MANASSE: Para conservar la carne con bórax ó ácido bórico, se necesitan cantidades muy grandes de estas substancias, las cuales, según lo ha demostrado Liebreich, provocan el vómito en los animales. Además, el ácido bórico puede quitar el sabor repugnante de una lengua que ya se halle en verdadera descomposición, y la prueba la tenemos en que á veces ya se encuentra desdoblada la grasa en carnes en conserva preparadas con ácido bórico.

Yo hago preparar las carnes en conserva, empleando métodos asépticos desde el momento de la matanza hasta que se preparan y elaboran dichas conservas, las cuales de este modo están exentas de gérmenes, son inócuas y tienen buen aspecto y sabor.

El Dr. LIEBREICH: Aunque los perros vomitan alguna vez cuando se les da ácido bórico con los alimentos, el caso no es más frecuente que con otras substancias. El ácido bórico y el bórax son útiles en muchos casos, y por lo menos inofensivos, aun en grandes dosis, no habiéndose demostrado tampoco que sean nocivos en los enfermos del riñón.

La adición de ácido bórico, sólo puede conservar la carne cuando ésta se halla en un estado irreprochable; de lo contrario, no es capaz de disimular su mal sabor y, por lo tanto, no puede engañar á nadie en este concepto.

Por último, he de insistir una vez más contra la prohibición que ha decretado el Consejo federal, en virtud del informe de la Dirección imperial de Sanidad, respecto á algunos medios de conservación que son en sí inocentes como el ácido bórico y el acetato sódico. Antes de dictar tal prohibición, debieron haberse oído otras opiniones. Así se ha hecho en Inglaterra, donde, procediendo de ese modo, se ha renunciado á semejante prohibición.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Intoxicación por los calomelanos á dosis purgante.—El Dr. Riveiro da Silva, publica un caso referente á una mujer de treinta y cuatro años, que padecía un ataque gripal con fenómenos broncopulmonares y estreñimiento pertinaz, la cual era una gran morfinómana. Se prescribieron 80 centígramos de calomelanos y 30 de escamonea, en dos papeles, para tomar en una hora de intervalo; en vista de que á las cuarenta y ocho horas no había producido efecto evacuante, se le prescribieron 30 gramos de tintura de jalapa, adicionada al jarabe de sen. Al tercer día la enferma, que no había tomado dicho purgante, tenía los síntomas de una violenta estomatitis hidrargírica, en vista de lo cual se la hizo tomar el repetido purgante, el cual determinó grandes evacuaciones por la noche. A pesar del empleo inmediato del clorato de potasa y de colutorios y gargarismos con fenosalil, la estomatitis no curó en menos de quince días. Es de advertir que la enferma no había dejado de darse inyecciones de morfina, y á la absorción de ésta debe atribuirse la retención de los calomelanos, suficientes para provocar efectos tóxicos. De este caso deduce el autor, que siempre que no se manifieste el efecto purgante de los calomelanos al cabo de doce ó quince horas, es prudente administrar un drástico con objeto de provocar la eliminación, sin cuya precaución se puede absorber el medicamento y provocar consecuencias desagradables.—(*Gaz. Hebd. de Med. et de Chir.*).—Codina Castellví.

La terapéutica endovenosa.—En el Congreso de Medicina celebrado en Roma en este año, el Dr. Mariani, de Roma, hizo una comunicación acerca de la terapéutica endovenosa, en la que dió cuenta de sus estudios experimentales, bacteriológicos y químicos, acerca de esta cuestión.

Así, para estudiar las inyecciones intravenosas de sublimado que ha propuesto por primera vez G. Baccelli, el autor inoculó á animales cultivos de carbunclo, de diplococos ó de estreptococos, y después practicó las inyecciones de sublimado. Estudió también la acción bactericida y antitóxica del suero de individuos tratados con las inyecciones endovenosas de sublimado y, en vista de sus experimentos, deduce el autor que los éxitos brillantes obtenidos en la clínica con este método de tratamiento, se deben atribuir más bien que á la acción antiséptica que el sublimado ejercería sobre los gérmenes á la producción en el organismo de antitoxinas que combatirían á la infección

En sus investigaciones químicas, el autor ha demostrado que las disoluciones concentradas de sublimado precipitan los albuminoideos del suero, por más que estos precipitados se redisuelvan en un exceso del suero; pero que el precipitado así formado no sería debido á la formación de un albuminato de mercurio, sino á la simple coagulación de la albúmina, en tanto que el sublimado permanecería en la sangre circulante bajo la forma no alterada de bicloruro de mercurio.

Demuestra cómo no se producen trombosis con las inyecciones de subli-

mado con tal que se siga una técnica rigurosa, resultando, de las investigaciones histológicas de la sangre humana, que estas inyecciones no alteran los glóbulos rojos, ni disminuyen su número, ni tampoco varían la isotonia y la hemoglobina de la sangre.

Hablando de las aftas epizoóticas, aduce datos estadísticos tomados de los informes oficiales, de los cuales resulta que de 2308 cabezas de ganado tratadas con el método de Baccelli, se han curado 2305, hecho que, á su juicio, es la demostración más evidente de la eficacia del método.

El autor ha querido, además, ensayar la introducción de otras substancias medicamentosas en las venas, y así como no aconseja el empleo endovenoso de la creosota, del cloral, de la ergotina ni del salicilato sódico, ha obtenido brillantes resultados en las animales y en el hombre con las inyecciones endovenosas de arsénico, benzoato sódico, benzoato de litina, tintura de yodo y disolución yodoyodurada, antipirina, nitrato argéntico, alcohol y, finalmente, de gelatina para la cura de la hemoptisis.

También empleó el oxígeno en inyecciones endovenosas en los animales y en el hombre, procedimiento que le dió muy buen resultado en el tratamiento de un agonizante y que, á su juicio, podrá tener una base racional en todos los casos en que la hematosis está seriamente comprometida. Asimismo ha investigado la influencia de las inyecciones endovenosas de oxígeno en la presión arterial, demostrando, por último, el efecto que producen estas inyecciones en el metabolismo nutritivo, en el cual activaron los procesos de oxidación.

Como conclusión de su trabajo termina con las palabras siguientes:

«Después de todo esto, si se puede hacer un juicio sintético del examen analítico de estos hechos, habrá que convenir hoy en día en que la terapéutica endovenosa creada por obra y mérito de nuestro presidente y maestro, mantenida durante algún tiempo en el campo de la duda y de la incertidumbre, sigue ahora su camino triunfal en la ciencia moderna, encuentra siempre nuevas aplicaciones y nuevas conquistas en el campo de la terapéutica, y quedará á la Italia como una de sus más fúlgidas glorias y como la creación más grande y más humanitaria de Guido Baccelli».—R. del Valle.

Tratamiento de las hemorroides.— El Dr. Duclos aconseja tratar las hemorroides por un procedimiento que aprendió de Bretonneau. Todas las mañanas es preciso taponar las hemorroides dolorosas con agua alcoholizada *lo mas caliente que sea posible* (un vaso de alcohol por litro de agua). No hay hemorroide que resista á este medio; si el dolor es muy agudo, se repite varias veces por día este taponamiento. El alcohol puede sustituirse por el agua de colonia, el aguardiente alcanforado ó el ron en las mismas proporciones. — (*La Med. Moderne*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NIHILISMO TERAPÉUTICO

POR EL DOCTOR

D. JUAN MANUEL MARIANI

Médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa Madrid.

En pocas líneas voy á expresar el juicio que hace tiempo he formado acerca del criterio terapéutico de la época actual.

Realmente, no sólo en lo que se refiere á la manera de ser de la Sociedad en un lapso de tiempo, hay, lo que se dice, épocas que caracterizan el conjunto de ideas y el modo de ser de cada una de ellas, sino que también las hay en la ciencia, que interpretada por hombres tienen que imprimirla la manera de ser de éstos, distinta muchas veces de su esencia misma, que se transfigura y modifica al atravesar el medio que la exterioriza.

Hace treinta años, los estudios de Anatomía y de Fisiología absorbían por completo la atención del mundo médico, y en la actualidad pocos son los que se ocupan de llenar los lunares que aún existen en estos dos cimientos fundamentales de la medicina.

Si hacemos excepción de Cajal y de Gelppi, que con sus estudios novísimos acerca del sistema nervioso, han hecho progresar la Anatomía y la Fisiología de estos centros, todo lo que se ha escrito en esta última época se refiere á trabajos sobre microbiología y experimentación de laboratorio, trabajos muy fructíferos que han hecho progresar mucho la ciencia, pero que á fuerza de ser detallistas y minuciosos, van formando una generación de médicos escépticos, en lo que toca á la terapéutica.

En esa época á que me refiero, se escribían obras de terapéutica, en las que se consignaba con gran detenimiento la historia y las aplicaciones de cada uno de los medicamentos, y si bien es verdad, que

Fonsagrives dice en uno de sus Tratados, que cuando era joven contaba con diez medicamentos para cada enfermedad, y al llegar á viejo, tenía uno sólo para diez enfermedades, frase que viene á ser la expresión de las enseñanzas de una práctica dilatada, después de la cual el médico escoge lo mejor y lo más seguro, dejando lo menos bueno y lo incierto, no autoriza esta frase filosófica el escepticismo terapéutico que hoy reina, ni el miedo que muchos médicos, por no haber experimentado cuidadosamente la manera de actuar de los medicamentos, tienen á los efectos perniciosos ó nocivos de ellos.

Muchas veces he visto no atreverse á administrar la digital por temor á sus efectos secundarios; rehuir la aplicación de un vejigatorio por los peligros de la cistitis cantaridiana; no decidirse á emplear los yoduros, por sus efectos sobre la mucosa nasal; dejar de administrar los bromuros porque pueden deprimir el corazón; rechazar el uso de los ferruginosos porque estriñen; no atreverse á emplear la creosota y sus derivados porque puede congestionar el pulmón y producir una hemoptisis, y así pudiera hacer lista interminable de todos estos remilgos y repulgos, que dejan al enfermo abandonado en los casos en que más necesita de los auxilios del médico, porque la sabia naturaleza, que tiende á la curación de las enfermedades, dejaría morir muchos enfermos si el médico no la auxiliase con todos esos medicamentos, que unos miran con temor, por escrupulosos, y otros con menosprecio por no haberse penetrado bien de sus efectos.

Mas no es esto sólo; las mismas obras de medicina que hoy se publican, para nuestra instrucción y adelanto, consagran á propósito de cualquier enfermedad un extenso capítulo á la etiología, otro más modesto á la sintomatología y cuatro líneas á la terapéutica.

Con todo esto ¿qué generación médica nos va á suceder sin fé en la terapéutica y con conocimientos escasísimos de los medicamentos y de sus efectos? Una generación será ésta, á la que podremos llamar, en lo que á la terapéutica se refiere, de la *nadapatia*.

Es verdad, que los progresos de la Higiene en esta última época, han absorbido la atención del mundo médico, y han hecho concentrar sobre ella todas las miradas, y aceptar sus laudables consejos, teniendo en cuenta el aforismo de que más vale prevenir que curar.

En todas las naciones se ha operado un movimiento unánime para mejorar las condiciones higiénicas de los humildes y hacer que su alimentación sea más sana y sus viviendas no sean lóbregas é insalubres; la higiene proclama igualmente los peligros del abuso del al-

cohol, del tabaco y de todo lo que puede ocasionar desgaste orgánico; la higiene da sus reglas y sus preceptos para evitar la propagación de las infecciones, regula las condiciones del trabajo manual é intelectual, y establece, en una palabra, cánones llenos de sabiduría para conservar la salud y para evitar que el hombre enferme; pero una vez el hombre enfermo, ¿basta la higiene para curarle? De ninguna manera.

Un enfermo rodeado de todos los cuidados de la higiene se curará mejor que un enfermo que no observe ningún precepto higiénico, porque el no observarlos es por sí sólo una causa de enfermedad en un sujeto sano y un motivo de agravar la enfermedad en un sujeto enfermo; pero entre esto y hacerse la ilusión de curar á los enfermos con la higiene solamente, hay un abismo.

Coloquemos á un cardíaco en condiciones ideales de higiene, y al llegar el período de hiposistolia, dejémosle á solas con la higiene, y entonces veremos lo que sucede; recuerdo varios enfermos con lesiones cardíacas más ó menos graves que han consultado con notables médicos; dichos colegas han aconsejado en su consulta á estos enfermos que no tomen medicamentos, que nada más higiene, y si hubieran seguido sólo con la higiene y sin tónicos cardíacos y sin purgantes y sin diuréticos, se hubieran muerto ya hace tiempo, y aún van hoy conllevando su enfermedad.

Otro tanto sucede con los tuberculosos, á los cuales se aconseja que coman bien y que respiren aire libre, que tomen pocas medicinas, porque estropean el estómago, porque producen diarrea, porque son incompatibles con la fiebre, y el pobre tuberculoso, con este régimen tan sencillo, se va quemando poco á poco como un papel de yesca, con la esperanza de que el aire puro y la alimentación, que no toma porque está inapetente, le llegarán á curar á fuerza de tiempo y de paciencia; yo he visto muchos enfermos de estos que, en pleno período cavitario, no habían escuchado más que esta frase: *nada, nada, que coma bien y que respire* buen aire, que con eso sólo se curará.

En realidad, este modo de tratar á los enfermos es muy cómodo, porque el médico no tiene que tomarse la molestia de recetar, ni de observar los efectos de los medicamentos, ni de discurrir cuál será el mejor medio para emplear en aquel enfermo, pero realmente es un sistema muy poco clínico y muy poco humano, porque las medicaciones bien administradas alivian siempre y curan ó concurren á curar muchas veces.

Una prueba de que la higiene no es el todo, es lo que pasa en los Sanatorios de tuberculosos, en los que, con un régimen higiénico severo y racional, los enfermos engordan, se nutren, disminuyen los bacilos en los esputos, hasta se mejoran y aparecen curadas las lesiones, pero así que dejan el Sanatorio, el proceso tuberculoso vuelve á desarrollarse y los enfermos sucumben rápidamente, como he tenido ocasión de observar en clientes míos, que durante dos, tres y hasta cuatro años han permanecido en esos Sanatorios.

Bien se me ocurre que todo el que lea el anterior párrafo me preguntará: ¿y es que la tuberculosis se cura con medicinas? á cuya pregunta contesto yo de antemano que la tuberculosis se cura sólo en ciertos casos muy concretos que no son de detallar en este artículo, pero que cuando se cura no se cura sólo con la higiene, sino que hay que emplear una terapéutica activa y fuerte, una medicación enérgica y variada para poder obtener esta curación.

Los cirujanos son los culpables de que se haya comenzado á mirar con desdén los medicamentos, pues que algún tanto engreídos con su destreza operatoria, y teniendo en cuenta sólo la lesión local, sin pensar que esa lesión se desarrolla y vive en un organismo todo armónico, en que todas y cada una de sus partes está íntimamente relacionada entre sí, han prescindido de los medicamentos como innecesarios é inútiles. Bien es verdad que muchos cirujanos, no todos, han descendido del pedestal de cirujanos al de meros operadores, que creen que no tiene solución ningún asunto quirúrgico sino cortando por lo sano y empleando el bisturí.

Este criterio, sumamente estrecho, es uno de los fundamentos de la falta de fé que en los medios terapéuticos tienen los médicos jóvenes de la actualidad, que alucinados por las escenas operatorias y por los estudios de laboratorio, miran con cierto desdén todo lo demás.

Recuerdo que cuando era cirujano, que también lo he sido—aun cuando hace muchos años—he salvado enfermos con fracturas conminutas de las extremidades sin amputarlos, tratándolos con la irrigación continua fría, con los tónicos generales al interior, con los fosfatos de cal y de sosa en el período de reparación de la fractura, y he conseguido en tres viejos con fracturas sencillas del muslo, que no se consolidaban á consecuencia de la edad, curarlas con los fosfatos de cal y los yoduros alternativamente empleados; he visto curarse enfermos de tumores blancos con la revulsión *in situ* y los tónicos constantemente empleados, y así podría citar muchos casos, de los cuales la mayor parte están publicados en la colección

de esta Revista, curados por medios farmacológicos é higiénicos sin necesidad de intervención quirúrgica.

Si esto digo respecto á las enfermedades llamadas quirúrgicas, ¿qué no he de decir en lo que toca á las enfermedades médicas? Desgraciado el práctico que no tenga fé en la terapéutica; como yo tengo más fé en ella, á medida que pasan más años de mi práctica, no comprendo cómo aquellos que no la tienen pueden ejercer la medicina; son comparables al soldado que entra en acción sin tener siquiera un mal palo con que batirse.

En la medicina contamos con un arsenal terapéutico verdadero, eficaz y activo; existe, como en todo lo humano, mucho inútil, mucho ineficaz, pero todo esto sabiendo escoger, se deja á un lado, y aun entre lo mucho que parece inútil, hay multitud de remedios que en determinados casos son convenientes y eficaces.

Es necesario combatir esta indiferencia terapéutica, y hay que combatir también los temores y los escrúpulos de muchos para emplear los medicamentos activos y más necesarios, por los efectos que pueden determinar por sus mismas actividades y energías; los que así piensan y sienten, se parecen á los que se privan del placer de los viajes por miedo de que el tren descarrile, á los que no usan la luz eléctrica por temor á que se funda un cable y prenda fuego, á los que no se aprovechan de ninguna de las comodidades del progreso por intranquilizarles los peligros remotos que pueden tener.

La Terapéutica tiene un fin, que es el de curar; los capítulos que comprende son muy numerosos y diversos; uno de ellos, el mayor sin duda, es el de farmacología; de éste es del que más se prescinde hoy sin razón alguna

Los enfermos no se curan sólo con higiene; el papel de la higiene es sólo prevenir las enfermedades, y cuando más, ayudar á curarlas; la cirugía no cura sólo con el bisturí en la mayor parte de los casos, y tanto la higiene como la terapéutica quirúrgica, necesitan, para que sus efectos sean completos, el auxilio de la farmacología, el apoyo de los medicamentos; y en el orden médico éstos constituyen la base única fundamental y positiva del tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas.

Es necesario volver un poco la vista hacia ese escepticismo que va dominando cada día más. De continuar por este camino, la medicina seguirá siendo una ciencia, pero dejará de ser un arte.

LA CURACION DEL CARBUNCO POR LA SEROTERAPIA

POR EL

DOCTOR DON ALFONSO ESQUERDO

República Argentina (General Paz).

Las revelaciones patológicas de la bacteridia carbuncosa ó de Davaine, no presentan siempre el síndrome clásico de la *pústula maligna*, sino que, con dolorosa frecuencia, sus manifestaciones difieren tanto, que hay que recurrir á la bacteriología para obtener un diagnóstico positivo; no podía suceder de otro modo, teniendo en cuenta la diversidad de elementos que se conjugan; de orden biológico, no bien estudiados hasta hoy, los unos; de orden bacteriológico los otros, con esa diversidad de asociaciones microbianas, productoras de síntomas tan distintos y complejos, que bastan de por sí para llevar la confusión á la clínica.

Desde la pequeña pápula ó vesícula que al romperse presenta un punto esfacelado que se obscurece por desecación, rodeado de vesículas secundarias, circunscritas por una zona inflamatoria, que se asienta en un extenso edema, no doloroso (mientras esté exento de infecciones ajenas al proceso), hasta el solo punto esfacelado, sin vesículas ni zona inflamatoria; desde las pústulas erisipelatosas, húmedas, secas, edematosas, mixtas de Chambon, gangrenosas de Rayer, infectantes de Dumolard, en forma de herida con bordes negros vueltos hacia afuera y seguida de edema (Rascol), puesta en duda por Roger y observada por mí en un individuo, desollador de animales carbuncosos, y en cuya operación se produjo una incisión que fué puerta de entrada de la infección; desde el edema maligno, hasta el carbunco gastrointestinal, el pulmonar ó *hadernkrankheit* de los alemanes; desde los que se manifiestan por una pústula, hasta los que se presentan con dos, tres y cincuenta y dos, como el caso observado en la Casa de aislamiento de Buenos Aires, historia importante bajo muchos conceptos, pues se trataba de un individuo que metió la mano y parte del antebrazo en el recto de un buey que no podía defecar y, al sacarla, dejó pasar media hora sin limpiar las mucosidades sanguinolentas pegadas al antebrazo y mano: que en la misma noche ya sintió picazón en la piel, y al día siguiente pre-

sentaba cincuenta y dos vesículas, que fueron asiento de otras tantas pústulas malignas, bien diagnosticadas. Pueden, tal diversidad de manifestaciones, poner en serios aprietos al clínico, primero para diagnosticar y después para implantar el tratamiento.

Las medicaciones conocidas, como incisiones (Briant), extirpaciones (Fournier), cauterizaciones (Anger), potasa cáustica (Bourgeois), excoriaciones con sublimado, usadas por primera vez por los veterinarios, pregonadas por los médicos de la Beance, desprestigiadas por Chaussier y Regnier, puestas nuevamente en boga por Nissa y recordadas con entusiasmo por el Dr. Muñoz, por ser, sin duda, bajo otros conceptos el mejor de los muchos cáusticos empleados; las inyecciones fenicadas, sublimadas, con tintura de yodo más ó menos concentradas (Anger), las soluciones de yodo Davaine y Cézard y hasta la quina y hojas de nogal (Pomeyrol), han pagado su tributo al carbunco.

No enumero las muchas medicaciones internas usadas á título de antisépticas en los períodos de infección general, por considerarlas ilusorias, ridículas y entorpecedoras de las defensas eliminadoras del organismo.

Tan vasto arsenal médicoquirúrgico no correspondía á los desastrosos resultados curativos que presentaba el carbunco, porque no era posible, en muchos casos, atacar localmente una enfermedad de gran virulencia y de tendencias altamente invasoras, bien fuera porque el enfermo buscara la asistencia después que la bacteridia había asaltado los reductos ganglionares, atacando y envenenando el organismo; bien por la forma de presentación, que dificultaba y hasta imposibilitaba estos tratamientos; bien por deficiencia de vitalidad en las defensas orgánicas, que sin duda eran invadidas rápidamente par la bacteridia y sus productos, el caso era que con frecuencia aparejábamos un funesto pronóstico en el momento de diagnosticar un caso de carbunco.

El vertiginoso progreso de la bacteriología ha venido á resolver tan intrincado problema, contribuyendo primero con los sueros inmunizantes de Touisant, Pasteur, Chaveau y Méndez á reducir la bacteridia en los campos de origen; estos sueros, sancionados ya por la estadística, son usados en las epizootias carbuncosas por todos los ganaderos de la República Argentina, y su éxito es tan asombroso que alcanza á millones el número de animales inmunizados.

La odisea de los bacteriólogos no paró ahí, precisaban llegar á la cúspide de la gloria, como habían llegado Roux y Bering extinguien-

do la reproducción del bacilo de Lœffler en la difteria humana, y á tan hermosa como pacienzuda tarea se dedicaron Sclavo en Italia, Marchous en el Instituto Pasteur, Sobernheim en Alemania y Méndez en la Argentina.

Después de verificados varios experimentos en conejos, lechones, carneros, vacas y caballos, á los que se inyectaban dosis gradualmente intensivas de virus carbuncoso, acabaron por obtener un suero curativo que, como el de Méndez, está dando sorprendentes resultados en el hombre.

La primera vez que estos sueros se emplearon como medicación curativa en el hombre, fué en 1897 por Sclavo y Méndez; desde entonces se publicaron algunas observaciones en la *Riv. d' Higiene e Sanitá Publica italiana*, en los *Anales de Sanidad Militar* y en el *Centralblatt.*

Desde esa fecha, el Dr. Méndez, como todos los genios, ha necesitado de la firmeza moral de los iluminados, para romper el hielo de la indiferencia primero y de la desconfianza después. Su suero era juzgado y despreciado sin experimentarle; los que sin rubor recomendaban cualquier específico desconocido, sentían histericados escrúpulos para darle ingreso en su terapéutica; algo debió haber influido para este prejuicio, los repetidos fracasos de la seroterapia, fuente de donde tanto espera la medicina de mañana.

Por mi parte debo confesar lealmente, haber sido uno de tantos escépticos en dicho suero, lo usé cuando él se impuso; cuando ya no era una promesa para la terapéutica del carbunco, cuando sus éxitos habían repercutido con estadísticas felices, y lo puse á prueba en un caso donde toda medicación local había fracasado; el enfermo se hallaba en plena infección general, fiebre alta, vómitos, anuria, ansiedad, sensaciones de quemazón interior, aliento fétido, etc., etc.; en fin, todo ese cuadro que hemos presenciado tantas veces y que nos anuncia el próximo desastre del carbuncoso.

Antes de las veinticuatro horas de la primera inyección me ví sorprendido por la favorable reacción de mi enfermo, repetí la dosis (10 cent. cúb.), y á los pocos días era dado de alta.

Es tal la confianza que me inspiró esta medicación, que desde entonces la uso con éxito, sin más tratamiento local que una cura antiséptica, para evitar infecciones secundarias, que con tanta frecuencia comprometen la vida de estos enfermos.

En estos momentos el Dr. Méndez está recopilando una estadística pronta á publicarse que, sin duda, se eleva á algunos miles de casos

la que bastará por sí sola para levantar la apoteosis de su suero, enriqueciendo la ciencia.

Conozco una estadística de 133 casos, entre los que había enfermos de infección general, de edema maligno uno con 52 pústulas y 32 en que la pústula estaba en el cuello y cara, que tanto agravan el pronóstico; sin embargo, sólo se han tenido 9 defunciones, si tenemos en cuenta que 4 de estos enfermos se hallaban en estado agonizante cuando se les aplicó esta inyección, que 1 murió de tétanos, 3 de infecciones asociadas comprobadas por la autopsia y 1 de parálisis cardíaca; nos quedará un saldo á favor del suero Méndez superior á todos los tratamientos conocidos; y si á esto añadimos el fácil manejo del suero, absolutamente en todos los casos, haya ó no pústula, habrá que convenir que su valor terapéutico está muy por encima de todos los tratamientos conocidos.

No sé si hoy quedarán retractores del suero Méndez porque hayan presenciado algún fracaso, pero ¿qué substancia terapéutica no los tiene? El mismo suero Roux Behring, cuando se trata á difterias con asociaciones microbianas, no está exento de estos desastres, su acción no es antiparasitaria, sino esterilizando el campo de reproducción del bacilo de Lœffler, como el suero Méndez deja el terreno infecundo para procrear la bacteridia de Davaine, los otros microorganismos que pululan en las ruinas del tejido orgánico, son ajenos á la acción de estos sueros y libremente pueden reproducirse, infeccionar el organismo y producir la muerte por septicemia, tétanos, etc.; pero hay más, la curación no se obtiene tan sólo por la destrucción del agente morboso, hay otro orden de factores importantísimos que es necesario tener en cuenta: reacciones químicobiológicas por un lado, el fácil funcionamiento de órganos eliminadores para descartar productos tóxicos por otro, la integridad fisiológica del sistema nervioso para regularizar el mecanismo de defensa celular, etc., y todos estos factores tienen el sello peculiar imprimido á la organización de cada individuo; cualquiera de ellos que se resienta compromete la curación. Así es, que seríamos injustos y denotaría gran ligereza de juicio, el que ante un desastre y sin más elementos de acusación que la muerte del paciente, abrumáramos con todo el peso del fracaso á impotencia del suero, lo que no había sido más que impotencia de las defensas orgánicas.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

Higiene pública y privada, por Juan Pablo Langlois, traducida al español por el Dr. R. Rodríguez Ruiz, y revisada y anotada por el Dr. R. Rodríguez Méndez. Un tomo de 740 páginas. Barcelona, 1902.

En la literatura médica española había cierta escasez de obras modernas de Higiene, ni aun traducidas de otros idiomas, ya que no originales como sería de desear, sobre todo tratándose de una materia que se relaciona de un modo tan íntimo con las diferencias que existen en las costumbres y vida social de las distintas naciones.

Debemos, por lo tanto, acoger muy favorablemente una obra como la del Dr. Langlois, en la que, aunque de un modo elemental, se abordan todos los problemas que plantea la Higiene moderna, y principalmente los de carácter público y colectivo, por lo mismo que la civilización de nuestros tiempos trae consigo una influencia mucho mayor del medio ambiente sobre el individuo y, por lo tanto, una necesidad también más imperiosa de evitar á éste el sinnúmero de causas nocivas que pueden afectarle, y que por su sólo esfuerzo no está en su mano alejar.

El capítulo primero de la obra trata de las condiciones y particularidades de los terrenos en cuanto pueden influir en la salud pública. Los distintos asuntos están bastante bien tratádos, y en este capítulo es donde principalmente el Dr. Rodríguez Méndez rectifica ó amplía determinados conceptos, aduciendo muchas veces, con tal motivo, hechos observados en nuestra Península.

Seguidamente estudia el Dr. Langlois el agua, empezando por la del mar, que por errata, sea dicho de paso, se dice que puede contener hasta 30 por 100 de sal común. El autor se detiene muy especialmente, y por ello sólo elogio merece, en todo lo relativo á la impurificación del agua con gérmenes vivos y á la manera de despojarla de los mismos. También el Dr. Rodríguez Méndez intercala en este capítulo notas muy oportunas, entre las cuales figura, en primer término, una relativa á las enfermedades protozoarias desde el punto de vista higiénico, no siendo menos interesantes las que pone en el capítulo siguiente, que trata del aire, y en el que el Dr. Langlois se fija asi-

mismo, de un modo muy especial, en las impurificaciones bacterianas de la atmósfera, sin olvidar por ello las de carácter químico.

En el capítulo dedicado á la alimentación se estudia, de un modo bastante completo y teniendo en cuenta datos modernísimos, todo lo relativo á este asunto; pero en particular los párrafos que el autor dedica á las carnes y á sus alteraciónes son, en mi entender, lo más interesante y completo de toda la obra. También lo son mucho los que tratan de la leche y de sus falsificaciones. Ya se comprende que sólo por un lapsus dice el autor (pág. 247) que «si el agua aumenta la densidad de la leche, la desnatación la disminuye», pues es bien sabido que las cosas suceden del modo contrario. Como apéndice á todo este capítulo ha colocado con muy buen acuerdo el ilustre Catedrático de la Universidad de Barcelona las conclusiones al tema *peligros de la alimentación por las carnes de matadero y medios de evitarlos*, que por encargo de la Sociedad Española de Higiene han redactado los Dres García Izcara, Úbeda y Mendoza.

Breve es el capítulo que se refiere al vestido y la limpieza corporal y ciertamente que tal brevedad está justificada habida consideración, no sólo á la menor importancia relativa del mismo, sino también á lo que ya se ha hecho, aunque lentamente, en esta parte de la Higiene.

La habitación está estudiada con bastante amplitud. Esto no obstante, en lo relativo á la ventilación y á la calefacción creo que habría sido muy conveniente extenderse un poco más, así como entiendo que no habría holgado explicar el significado de la palabra *convección*, que no es todavía de uso muy corriente.

En el capítulo dedicado al alejamiento de las inmundicias, que es como traduce el Dr. Rodríguez, y en mi opinión acertadamente, la palabra *nuisance*, el autor se extiende mucho y en realidad el asunto lo merece. ¡Así se concediera la misma atención por nuestras municipalidades á estas cuestiones, que tanto y tan poderosamente influyen en la salud pública!

Al discutir el autor con motivo del estudio higiénico de las ciudades y servicios públicos el tema de la cremación y examinar las razones de carácter no higiénico que se aducen en contra, dice textualmente: «La cuestión sentimental, y sobre todo la cuestión religiosa, son de una importancia secundaria; se trata de una rutina». Bien se ve que aquí ya habla algo más que el higienista. Y lo mismo sucede cuando expone las razones que á su juicio abogan por la secularización (laicisación ha conservado el traductor) de los hospitales

y en el párrafo que dedica á combatir el internado, costumbre que atribuye al jesuitismo y al militarismo. Sigamos adelante.

Al tratar de la higiene escolar, militar, naval y rural, el doctor Langlois, se ocupa con bastante detención en las particularidades que se refieren á las colectividades mencionadas. Pero todavía presta mucha mayor atención á la higiene industrial, siguiendo las tendencias modernas, muy justas en este punto, hay que reconocerlo, las cuales, partiendo del hecho de *que no se puede modificar la naturaleza humana y de que siempre existirán aturdidos é indiferentes*, imponen á los patronos todas aquellas medidas de precaución y de seguridad que son necesarias para prevenir y evitar los accidentes que no provienen de fuerza mayor extraña al trabajo en que se produce el accidente y los hacen responsables de este último.

Con motivo de las enfermedades contagiosas, expone el autor de un modo sucinto, el estado de la Higiene respecto á estas afecciones, que como se ha dicho muy bien y repite el Dr. Langlois, se las llama evitables por más que aún tardará mucho tiempo antes de que todas lleguen á tal categoría, sobre todo si se adoptara el criterio que tiene el autor respecto á la profilaxis de las enfermedades venéreas, puesto que en su opinión «la imposición arbitraria de la administración policiaca sobre un determinado número de mujeres que en realidad no cometen un verdadero delito, debe repugnar á todo espíritu liberal».

Por último: con el estudio de la legislación sanitaria francesa, de la higiene internacional, de la legislación sanitaria comparada y de los seguros de los obreros contra los accidentes, las enfermedades y la vejez, termina el autor su trabajo, que continúa él Dr. Rodríguez Méndez, incluyendo la legislación sanitaria española más interesante para el higienista y algunas otras disposiciones sanitarias dictadas en estos últimos tiempos por el Dr. Pulido desde el cargo de Director de Sanidad, que está desempeñando con indiscutible competencia.

En resumen: la obra del Dr. Langlois es tan útil para el que quiera iniciarse en la higiene moderna, como para el que desee refrescar y rectificar ideas adquiridas tiempo atrás. La traducción, aunque no exenta de lunares, está bastante bien hecha. Respecto á la labor del Dr. Rodríguez Méndez, ¿qué he de decir? Que con ella demuestra una vez más lo que ya nos teníamos todos muy bien sabido, y es que posee condiciones sobradísimas para mucho más que para anotar obras ajenas.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del Curso de 1902 *á* 1903.

El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—El Presidente Dr. VALLE Y ALDABALDE:

SEÑORES ACADÉMICOS: Con toda sinceridad os declaro que en pocas ocasiones de mi vida me habré visto como en la presente más dominado por un sentimiento de temor. La consideración de lo que ha representado siempre este solemne acto, en el que han mostrado su valor científico y sus méritos literarios, médicos ilustres que hoy figuran como personalidades eminentes en nuestra profesión, es motivo más que suficiente para que me sienta abrumado por el compromiso que he contraído con vosotros al aceptar este honroso puesto y con él la obligación de exponer y desarrollar un tema que despierte algún interés.

Mas vuestra misma benevolencia que me ha traído aquí, será también la que supla y disimule lo que ni mi voluntad ni mi costumbre de escribir para el público han sido capaces de vencer.

Y á fin de suplir en parte tales deficiencias, he procurado elegir un asunto que reuniera el triple carácter de ser práctico, interesante y al mismo tiempo algo familiar para mí, fijándome por fin y después de algunas vacilaciones, en el estudio de *El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.*

En efecto, si en la actualidad conocemos la etiología de esta terrible dolencia; si por otra parte es muy cierto que en el diagnóstico de la tisis pulmonar se ha adelantado muchísimo, gracias á la percusión, á la auscultación, al examen de los esputos, á la tuberculina (por lo menos en la práctica veterinaria) y muy recientemente al maravilloso descubrimiento de Röntgen; si por fin en lo que se refiere á la terapéutica, aunque no podemos expresarnos, por desgracia, en términos tan halagüeños, no puede negarse que con el tratamiento principalmente higiénico se consigue hoy muchísimo más que con la tendencia farmacológica que venía dominando antes en la terapéutica de la tuberculosis pulmonar; si todo esto es verdad, no es menos cierto también que en muchos casos de tisis estamos tropezando á cada paso con la dificultad, muy transcendental desde el punto de vista práctico de no poder predecir, ni siquiera aproximadamente, la marcha que habrán de adoptar. Es tan frecuente, en efecto, que enfermos tuberculosos que parece á primera vista habrán de durar pocos meses, pasen de este plazo y hasta lleguen á vivir años, y que en otros en cambio, no obstante el concurso de circunstancias favorables que se reunen y la manera lenta de iniciarse la enfermedad, así como la marcha también sosegada y tranquila que sigue en su pri-

mer período, tome la afección de pronto un vuelo inesperado, que no se puede menos de desear que se haga algo más de luz en la solución de este problema, deseo tanto más justificado cuanto que se trata, como es bien sabido, de una afección frecuentísima, de una verdadera plaga social.

Por otra parte, la época de la vida en que se desarrolla la tisis con más frecuencia, contribuye en gran manera á dar mayor interés al estudio del pronóstico en la tuberculosis del pulmón. No se trata generalmente del niño, cuya existencia está rodeada de otros muchos peligros, y cuya duración eventual de su padecimiento no tiene por de pronto gran transcendencia social; ni tampoco del anciano que por hallarse en el término de su carrera terrena ha resuelto ya los problemas de la vida de buena ó mala manera, y sabe muy bien que en el orden regular están contados los días de su existencia. Se trata de la suerte futura del adolescente que tiene que resolver el grave problema de elegir carrera, profesión ú oficio, según cual sea su condición social; de la del hombre adulto que después de haber recorrido este plazo de la vida, puede todavía elegir dentro de su misma profesión diversas maneras de utilizarla; se trata, en fin, tanto en uno como en otro sexo, de la cuestión del cambio de estado y, por lo tanto, de si la afección tuberculosa permitirá al médico dar su opinión favorable, las pocas veces que se la piden, para que su cliente pueda contraer matrimonio sin temor á que el nuevo estado influya de un modo perjudicial en la afección pulmonar ni de que precipite su evolución ó despierte la actividad del adormecido bacilo de Koch.

Ahora bien, todos estos problemas tan árduos y que con tanta frecuencia se presentan en la práctica, se ve obligado el médico en muchos casos, triste es decirlo, á darlos por insolubles, pues no otra cosa significa un juicio pronóstico expresado en términos ambiguos, muy ajustados sí á lo que enseña la experiencia clínica, pero también muy poco útiles y á veces completamente inútiles desde el punto de vista práctico.

Al entrar ahora en el estudio del tema de este discurso, he de manifestar que excluyo desde luego de él la tuberculosis miliar aguda, pues si bien es verdad que es costumbre incluir la granulia en el mismo capítulo que la tisis pulmonar común, en realidad la primera es una tuberculosis generalizada, no una afección localizada en el aparato respiratorio, por más que sea principalmente en éste donde predomine el desarrollo de tubérculos, y sean también los síntomas pulmonares los que más se acentúan en la mayor parte de los casos. Por otra parte, el pronóstico de esta enfermedad es desgraciadamente bastante igual en todos los casos, influyen muy poco en él las circunstancias, tanto personales como hereditarias del sujeto respectivo, y hasta es también muy escasa la influencia que el arte puede ejercer en el curso del padecimiento. Todo lo cual se explica muy bien teniendo en cuenta que, así como la tisis pulmonar común se ajusta generalmente al tipo de las enfermedades crónicas, la tuberculosis miliar presenta en la inmensa mayoría de los casos, por su manera de iniciarse, por su sintomatología y por su curso, todos los caracteres de una enfermedad infecciosa aguda.

También debo hacer constar que, aun dentro de la tuberculosis pulmonar común, habrá de ser el principal objeto de mis consideraciones la forma crónica; pero digo principal y no exclusivo, pues no obstante ser más frecuente dicha forma que la aguda, existe entre ambas muy estrecha relación, no

sólo de naturaleza y de asiento, sino también de sucesión, por cuanto no es excepcional que una tisis que se inicia y hasta evoluciona al principio en forma aguda, se transforme en crónica, así como, por el contrario, tampoco es infrecuente que una tuberculosis pulmonar de evolución lenta adopte, y en ocasiones sin causa ostensible, una marcha aguda, y hasta pueda presentar el tipo neumónico.

De intento he enunciado el tema con el título de *El pronóstico en la tuberculosis pulmonar*, puesto que no es mi ánimo tratar del pronóstico de dicha afección, y esto con tanto mayor motivo cuanto que el tema de su curabilidad ha sido tratado en este sitio, y con igual ocasión, por persona competentísima, y sería indisculpable mi atrevimiento si después de reconocer y confesar mi insuficiencia, me expusiera á hacerla resaltar de un modo tan poco hábil.

Esto no obstante, como no está muy justificado hablar del pronóstico de una enfermedad en los casos particulares, sin dedicar algunas palabras á dicho pronóstico en tesis general, he de hacer notar á este respecto que la tisis puede decirse que tiene tres pronósticos diferentes: el del vulgo, el de los clínicos y el de los anatomopatólogos.

Para el vulgo decir tuberculosis pulmonar es como dictar una sentencia de muerte, y en la generalidad de los casos á corto plazo, y se comprende que así sea, sobre todo en nuestra Nación, donde procedemos, creo que equivocadamente, con demasiados miramientos para declarar la verdad al propio interesado, y á veces hasta á los parientes más próximos. Esta costumbre de no ser explícitos y de ocultar el nombre de la enfermedad hasta en una época en que ya casi pueden acertar con él los mismos pacientes, explica perfectamente el hecho de que la tuberculosis del pulmón se siga conceptuando hoy en nuestro pueblo como una enfermedad punto menos que incurable.

Mas ya no sucede así en el público médico. Este sabe muy bien que, además de los casos de tisis pulmonar, que se curan espontáneamente, existen otros que si se diagnostican á tiempo y se tratan como la Ciencia aconseja, se curan por completo ó al menos de un modo relativo. Además de lo que en este punto nos enseñan las estadísticas, permitidme que os haga una consideración que, en mi sentir, tiene bastante importancia para poder formar juicio respecto á este particular. Es muy raro, en efecto, que se presente un caso de tisis bien declarada sin que existan al mismo tiempo, sobre todo si se trata de familias sospechosas en este concepto, otros individuos parientes más ó menos próximos que quizá no consultan al médico, pero que éste comprende, por lo que le refieren y por lo que observa, que son otros tantos, no candidatos á la tuberculosis, sino sujetos realmente tuberculosos. Estos individuos, que se califican muy á menudo de *delicados* y que van llevando una existencia pasadera, aunque con alguno que otro tropiezo en su salud y más particularmente en lo que se refiere á su aparato respiratorio, son, como digo, tan tuberculosos como el hermano, padre, tío ó sobrino que por circunstancias especiales padece de una tisis pulmonar de forma grave y quizá de evolución rápida.

Con todo, el optimismo relativo de los médicos en lo que al pronóstico de la tuberculosis pulmonar se refiere, no llega ni con mucho al de los anato-

mopatólogos, de cuyas estadísticas se deduce que la mitad ó la tercera parte de los habitantes de los países civilizados, y más parricularmente los de las grandes capitales, son tuberculosos, lo cual representa un número mucho mayor de curaciones que el que admitimos generalmente los médicos, puesto que, según las estadísticas de mortalidad, son imputables á la tuberculosis la séptima parte poco más ó menos de todas las defunciones.

Semejante divergencia entre los datos de la Clínica y los de la Anatomía patológica, nos hace ver que además de los tuberculosos declarados que diagnostica hasta el vulgo, y de los no declarados, los *delicados* á que antes he hecho referencia, existe un buen contingente de tuberculosos latentes, que por falta absoluta de manifestaciones clínicas, ó bien porque éstas son vagas y muy poco ostensibles, no llegan á conocimiento del hombre de ciencia, ni siquiera á despertar sus sospechas.

Después de este recuerdo previo acerca de *El pronóstico de la tuberculosis pulmonar*, que era de todo punto necesario, antes de estudiar el pronóstico en la misma afección, he de manifestaros que para el mejor desarrollo del asunto trataré primeramente de aquellas circunstancias de carácter personal, como son la edad, el sexo, los antecedentes hereditarios, las condiciones sociales, las particularidades que se relacionan con la vida sexual de la mujer, los antecedentes patológicos del sujeto y su constitución orgánica, que pueden influir y de hecho influyen en el pronóstico de la tuberculosis en cada caso concreto; estudiaré después las particularidades relativas á la marcha de la enfermedad y á los síntomas, signos y complicaciones que más importancia tienen desde el mismo punto de vista y, por último, dedicaré algunos párrafos al problema de la curación de la tisis en el concepto clínico, para deducir también consecuencias prácticas acerca de cuándo el médico podrá juzgar exento de peligro el matrimonio de un antiguo tuberculoso.

La edad en que se presenta la tisis pulmonar ejerce gran influencia en la marcha que sigue el proceso: este es un hecho en que están de acuerdo todos los clínicos, y que también se ha confirmado en el terreno experimetal, puesto que en las inoculaciones que Daremberg practicó con cultivos puros de bacilos tuberculosos en conejos y en conejillos de Indias, comprobó que la evolución patológica es tanto más rápida cuanto más joven es el animal inoculado.

Mas para nuestco objeto, lo que principalmente nos interesa son los datos que nos proporcionan la Clínica y la Anatomía patológica; y hago mérito de estas dos ramas de la Medicina, porque si se tiene presente la dificultad del diagnóstico en la primera infancia, y también la facilidad con que pasan inadvertidos algunos casos de tisis en el anciano, podría incurrirse fácilmente en error respecto á la frecuencia relativa de la tuberculosis pulmonar en las distintas edades y á la mortalidad ocasionada por el mencionado padecimiento.

Uno de los trabajos más completos en este doble concepto y, por lo mismo más útil es, sin duda alguna, el de Otto Nægeli, que tiene por base 500 autopsias hechas en el Instituto patológico de Zurich. De ellas resulta que, antes de cumplido el primer año, es muy rara la tuberculosis; desde el primero al quinto ya no lo es tanto, pero su pronóstico es funesto en absoluto; desde los cinco á los catorce años se halla la tuberculosis en la tercera

parte de los cadáveres, y han sucumbido á la misma las tres cuartas partes de los invadidos, quedando la infección latente, pero con carácter activo y progresivo en la otra cuarta parte; entre los catorce y los dieciocho años, la tuberculosis ya ha atacado á la mitad de los sujetos, siendo de notar que todos los procesos son activos y de carácter progresivo y que casi nunca se curan, viniendo á representar un tercio de todas las defunciones las ocasionadas por tuberculosis. Entre los años dieciocho y treinta se encuentra la tisis en casi todas las autopsias; en tres cuartas partes de los casos se trata de procesos activos; en la otra cuarta parte, de procesos curados; de todos los fallecimientos de esta época de la vida, corresponden á la tuberculosis las dos quintas partes. A partir de los treinta años disminuye la probabilidad de encontrar tuberculosis activas y mortales, y en cambio hay una seguridad casi absoluta de encontrar lesiones tuberculosas en general. A medida que va aumentando la edad va disminuyendo el número de tuberculosis activas y mortales y aumentando el de lesiones inofensivas y curadas. El autor deduce de las cifras que le han servido de base para estas conclusiones, que el aumento progresivo de casos de tuberculosis activa é inactiva, desde que el hombre nace hasta que muere, revela las mayores ocasiones á que se va exponiendo al contagio con los progresos de la edad; y en cambio, la menor mortalidad por tuberculosis que se observa, coincidiendo con esos progresos, indica á su vez que con ellos va disminuyendo la predisposición orgánica para el desarrollo de la tuberculosis.

Los casos raros de tuberculosis congénita siguen una marcha muy rápida y funesta. La estadística de Nægeli nos hace ver también la causa de que la tisis pulmonar parezca á primera vista más mortífera, y lo sea en absoluto, pero no relativamente, en la juventud: en efecto, á esta edad *ya* se han presentado muchas ocasiones de que se realice el contagio y, en cambio, *todavía* presenta el organismo condiciones para que el mal evolucione con rapidez. Pero, en realidad, la mayor tendencia que existe en el niño á la generalización del proceso, la frecuencia con que la afección pulmonar se complica con lesiones intestinales también tuberculosas, y el hecho mismo de que la herencia sea más frecuente en la tuberculosis infantil, nos explican muy bien cómo, á pesar de la menor frecuencia de la hemoptisis y de la menor intensidad de algún otro síntoma, como los sudores, es mucho más rápida generalmente en su evolución la tuberculosis del niño que la del adulto. Según W. G. Mackenzie rara vez dura cinco á seis años, y en sus casos duró por término medio once meses. Por lo que yo he podido observar, viene á ser de unos dos años, porque hay que contar con que el comienzo del mal es muy común que no se pueda precisar en estos casos, que por otra parte se dejan influir muy poco por el tratamiento, lo cual se comprende también dada la frecuencia con que la tuberculosis del niño adquiere carácter general.

Renunciando expresamente á hablar ahora de la tisis del joven y del adulto, puesto que constituye el tipo á que se refieren las demás consideraciones que he de hacer en el presente discurso, he de manifestar en lo que atañe á la tisis del anciano, que es más frecuente de lo que se cree, como puede verse principalmente en los hospitales, y en lo que concierne á su pronóstico que es, sin duda alguna, menos grave en lo que afecta á la rapi-

dez de evolución del padecimiento. El carácter menos hereditario del mismo en la generalidad de los casos, la mayor limitación del proceso local, la menor frecuencia de las hemoptisis, y sobre todo, el hecho de que el terreno orgánico no es quizá tan apto para el desarrollo del bacilo de Koch, son, sin duda, la causa de que la tisis del anciano siga una marcha más lenta que la del adulto, aunque, en cambio, sea también mucho menos fácil su curación. Es decir, que el pronóstico es peor en cuanto al resultado final y mejor en lo relativo á la duración de la enfermedad. Y no estará demás añadir que algunos casos de tisis del anciano lo son de tisis de casi toda la vida, iniciada durante la adolescencia, adormecida y, al parecer, curada en la edad adulta, y despertada de nuevo en el ocaso de la existencia. De estos casos ha hecho mérito Widal en el IV Congreso de la tuberculosis, y yo puedo citar dos, y particularmente uno de un anciano de ochenta años, que falleció de tisis con hemoptisis después que la afección había permanecido latente cerca de medio siglo. Hechos son estos, dicho sea de paso, que enseñan cuán difícil es dar por curado el proceso tisiógeno.

El sexo, como tal, tiene poca influencia en el pronóstico de la tisis. Esto es lo que enseña la observación diaria y lo que resulta, generalmente, de los trabajos estadísticos que se han realizado con el objeto de esclarecer este punto. Las diferencias del pronóstico que pueden existir, según el sexo del paciente, provienen de la diversidad de ocupaciones, y más principalmente de las particularidades inherentes á la vida sexual de la mujer.

En efecto; si hacemos intervenir en el pronóstico de la tisis pulmonar las modificaciones que ésta experimenta por virtud del embarazo, parto, puerperio y lactancia, cambia en un sentido muy desfavorable nuestro juicio acerca de la evolución probable de la enfermedad en el sexo femenino.

Respecto al embarazo, así como ha habido cierta época en la primera mitad del pasado siglo en que se creyó que detenía la marcha del proceso pulmonar, se ha rectificado después esta opinión, y en la actualidad se cree que la tuberculosis se agrava casi siempre con el embarazo, sobre todo cuando el proceso patológico se halla en un período adelantado, por más que hay algunos casos en que la gestación no influye de un modo apreciable en el proceso fímico, y otros muy excepcionales en que el embarazo detiene, aunque pasajeramente, la marcha del padecimiento.

No deja de ser extraño que el insigne clínico Grisolle, que fué uno de los primeros que impugnaron la opinión corriente en su época de la beneficiosa influencia de la gestación sobre la tisis pulmonar, admitiera, en cambio, que el parto modificaba en buen sentido la evolución de la dolencia, siendo así que tanto entonces como ahora, todos estamos conformes en que la expulsión del feto señala una época gravísima en el curso de la afección tuberculosa, citándose, además, casos como uno (con autopsia) que refiere Davidsohn, en que á seguida del parto, se ha desarrollado una tuberculosis miliar aguda, y otros de que hace mérito Doleris, en que sobrevino una septicemia puerperal tuberculosa de curso agudísimo.

Pero el embarazo y el parto representan, además, otro peligro para las mujeres tuberculosas por el hecho de su repetición, que va minando la resistencia orgánica y creando con ello condiciones adecuadas para que la tisis latente se haga manifiesta y para que ésta última recorra todas sus fases con

mayor rapidez. Yo puedo citar el caso de una mujer de antecedentes tuberculosos, la cual, no obstante haberse casado de treinta y dos años y no amamantar á sus hijos, no sólo perdía terreno de un modo visible á cada parto, á causa del desarrollo de la afección pulmonar, que de otro modo es muy probable que no hubiese pasado del estado latente, sino que al fin, después del sexto parto y no obstante haber mediado entre éste y el precedente cerca de siete años, se agudizó el proceso en tales términos que á los pocos meses había acabado con la vida de la enferma.

También es de muy mal pronóstico la tisis pulmonar que se desarrolla alguna vez durante el puerperio en mujeres que ni antes del embarazo ni durante él habían presentado la menor alteración que pudiera hacer sospechar la existencia de la tuberculosis.

La influencia perniciosa que ejerce la lactancia en las tuberculosas declaradas y en las que están en vísperas de serlo, es conocida de muy antiguo, y por lo mismo no he de insistir en este punto, aunque sí creo del caso recordar que la evolución de la enfermedad suele ser también bastante rápida en estos casos, si bien no tanto como en la tisis de origen gravídico, ni mucho menos como en la de origen puramente puerperal.

(Continuará).

PERIÓDICOS

Dos laparotomías instructivas. — El Dr. Martínez Cerecedo publica en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, los dos siguientes casos operados por el Dr. Isla en el Hospital Provincial:

La primera fué practicada con motivo de un enorme quiste glandular proliferante, cuya sintomatología inicial tiene algo de particular, y la otra con el fin de extirpar una anexitis quística del lado izquierdo que, no obstante presentar síntomas de piosalpingitis, resultó hidrosalpingitis.

Esta última se refiere á M. P. G., de cuarenta y cuatro años de edad y muy histérica.

La historia menstrual carece de importancia, como igualmente los antecedentes de familia y enfermedades anteriores.

Hace nueve años siente dolores en la región lumbosacra, hipogastrio y fosa ilíaca izquierda durante la regla, que es abundante; además tiene cefalalgias, estreñimiento, flujo blanco y con frecuencia la micción es dolorosa. Todas estas molestias disminuyen, pero no desaparecen en los intervalos del flujo catamenial.

En el fondo de saco vaginal izquierdo se apreciaba por la palpación combinada una tumoración redondeada, del tamaño de una naranja pequeña, muy dolorosa, fija al suelo pelviano y separada del útero por un surco.

En el lado derecho se notaba también otro tumor, pero mucho más pequeño y menos doloroso.

Se diagnosticó de salpingoovaritis quística izquierda y anexitis derecha.

Se operó y resultó una hidrosalpingitis izquierda del volumen dicho y una

hematosalpingitis derecha del tamaño de una nuez. Ambos anejos estaban rodeados de neomembranas adherentes que los fijaban al suelo pelviano, matriz y asas intestinales. Se practicó la extirpación bilateral.

A los quince días se le dió el alta, saliendo del hospital completamente curada.

A los seis meses de operada volvió á la consulta y estaba desconocida, pues el Dr. Isla la encontró que estaba gruesa y rejuvenecida á aquella mujer anteriormente demacrada y decrépita.

Antes de la operación se habían agotado durante varios años los diferentes recursos, tanto higiénicos como farmacológicos locales y generales, imponiéndose la intervención, no sólo para salvar á la enferma de sus sufrimientos, sino también de un fin próximo, pues el estado general era pésimo é infundía serios temores. Las manifestaciones histéricas desaparecieron después del tratamiento quirúrgico.

Esta historia es una confirmación ostensible de que la diferencia establecida por algunos autores entre la hidrosalpingitis y la piosalpingitis, desde el punto de vista de la indicación de la terapéutica quirúrgica, no siempre está justificada cuando aseveran que el tratamiento radical se impone, principalmente si la vida de la enferma está comprometida próxima ó remotamente, como ocurre en la hematosalpingitis, la piosalpingitis y en las ovaritis supuradas. En cambio, la hidrosalpingitis la incluyen entre las afecciones rebeldes á los recursos farmacológicos y que exige la operación por las molestias y sufrimientos que proporciona, pero sin comprometer la vida de la enferma.

En algunos casos (como el presente) la hidrosalpingitis produce trastornos locales, circunvecinos y generales, que exigen la intervención quirúrgica radical para salvar la vida de la enferma, siendo completamente ineficaces los diferentes recursos médicos, aun empleados por muchos años.

La forma redondeada apreciada por el tacto y palpación combinada, confirmada por la intervención, pudo hacer presumir la naturaleza de la anexitis quística; pero las demás manifestaciones sintomáticas locales y generales, especialmente su fijeza al suelo pelviano, correspondían más bien á la piosalpingitis. El histerismo exageraba, indudablemente, el estado general.

Las consecuencias clínicas que se derivan de este caso son:

1.° Que la hidrosalpingitis, no obstante su pronóstico menos grave que el de la piosalpingitis, puede, como ésta, exigir la extirpación, no simplemente por las molestias que determina, sino en ciertos casos, como en el presente, por constituir un serio peligro que amenace la vida de la enferma.

2.° Que si bien en la enferma referida se dió la forma esférica de la tumoración que dice Veit, en cambio la movilidad notable de que nos habla el mismo autor como propia de la hidrosalpingitis, se trocó en adherencias enérgicas que hubieran malogrado el éxito quirúrgico á un cirujano menos hábil ó poco habituado á estas difíciles intervenciones ginecológicas.

De todo lo cual se deduce que el diagnóstico diferencial de la naturaleza del contenido de las anexitis quísticas, sin embargo del rápido progreso alcanzado en los últimos años en la exploración y conocimientos sintomáticos propios de tales lesiones, no nos permite todavía distinguir con absoluta certeza la hidrosalpingitis de la piosalpingitis.

Por lo tanto, dicho diagnóstico diferencial, probable en muchas ocasiones, resulta imposible en otras.

La otra laparotomía se refiere á una enferma que hacía un año experimentó una irritación vesical intensa, micción difícil y dolorosa, y notó la aparición de un tumor en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen. Desde dicha fecha, el tumor, que era doloroso y pequeño, fué creciendo paulatinamente, y á la vez disminuyendo el dolor.

Anteriormente había disfrutado de una salud completa. El desarrollo del tumor produjo un aumento de volumen y peso, que ocasionó dolores abdominales y lumbosacros en la posición vertical; acostada siente menos molestias, pero se inicia la disnea.

Al entrar en el hospital, el abdomen era prominente, como un útero en el noveno mes de gestación y en anteversión.

La tumoración tenía por límite superior el apéndice xifoides y el borde costal, y por límite inferior la pelvis, con cuya excavación se continuaba. El paquete intestinal estaba rechazado hacia arriba y al vacío derecho. En toda la zona tumoral había sonido macizo á la percusión. El cuello uterino estaba muy elevado y rechazado contra el pubis, manteniendo tensa y tirante hacia arriba la vagina. El cuerpo del útero se apreciaba por la palpación á través de la pared abdominal anterior entre ella y el tumor.

No se notaba fluctuación en dicha tumoración, pero sí diferente consistencia en varias partes, y especialmente una placa dura en la región umbilical de 15 centímetros de diámetro.

Se diagnosticó quiste ovárico izquierdo proliferante, y se practicó una ovariotomía.

Por delante del quiste estaba el ligamento ancho izquierdo muy distendido. Al caer el ovario izquierdo quístico en el fondo de Douglas, fué rechazando y elevando hacia adelante y arriba el ligamento ancho correspondiente y la matriz, cuyo fondo subía más de 7 centímetros por encima del borde superior del pubis que estaba á la derecha de la línea media, entre la pared abdominal y el quiste. Al abrir el abdomen aparecía el ligamento ancho cubriendo el tumor, al cual daba la apariencia (por su vascularización y coloración) de un mioma.

Entre dos pinzas de forcipresión se incindió el borde superior del referido ligamento, para alcanzar la superficie nacarada del quiste. Con el trócar se vació, se extrajo la bolsa quística, y entre dos pinzas hemostáticas se seccionó el pedículo donde estaban los vasos.

Se ligó, se cauterizó con el termo el pedículo, se suturó la incisión hecha en el borde superior del ligamento ancho izquierdo y se cerró la abertura abdominal con tres suturas (peritoneal, aponeuromuscular y cutánea), saliendo completamente curada á los veinte días de operada.

La placa dura que se notaba en la región umbilical, estaba formada por tejido areolar situado en la superficie del quiste correspondiente al sitio dicho.

Esta historia resulta interesante á juicio del Dr. Martínez Cerecedo:

1.° Porque el padecimiento se inició de una manera brusca, cuya forma de comenzar es impropia de las neoplasias, máxime las quísticas.

2.° Porque demuestra que es posible en ciertos casos conocer por la his-

toria las relaciones de los tumores periuterinos con el útero, relaciones que pueden cambiar durante la evolución ó fases pélvica y abdominal, pero que en el presente no sufrió dicha relación alteración, esto es, el ovario quístico prolapsado en el fondo de Douglas, ha comprimido el útero primero contra el pubis, produciendo las molestias vesicales dichas, y después contra la pared abdominal, habiendo empujado hacia arriba al útero y ligamentos anchos, máxime el izquierdo.

3.° Porque la disposición dicha, «ligamento ancho cubriendo por delante al quiste hasta el punto de tener que seccionarlo superiormente para alcanzar la neoplasia y poder puncionarla y extraerla», es una disposición rara.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Noviembre de 1902.

El cólera en Egipto. — El Dr. PROUST: Para venir de la India á Europa, el cólera ha seguido unas veces la vía terrestre (así ocurrió en 1823, 1830, 1847 y 1892), otras la marítima, por la que ha sido atacado Egipto más ó menos directamente. Invadido Egipto, toda la cuenca del Mediterráneo ha estado amenazada. Es la vía que siguió el cólera en 1865, epidemia que modificó de un modo singular las ideas aceptadas hasta entonces respecto á la propagación de la enfermedad, y motivó, á instancia del Gobierno francés, la reunión de la Conferencia de Constantinopla (1866). El cólera siguió el mismo camino en 1883, 1885 y 1892.

La peregrinación á la Meca constituye en estas últimas condiciones un peligro grandísimo para Europa, á pesar de las mejoras introducidas en el campamento de cuarentena de Djebel-Tor, desde donde los peregrinos se dirigen hacia el Norte, siendo sometidos á observación y desinfectados antes de atravesar el Canal de Suez. Pero es necesario, además, que una buena vigilancia impida á los peregrinos no someterse á estas medidas profilácticas, atravesando directamente el Mar Rojo desde la costa de Hejaz á la de Egipto. Ahora bien, parece que en la última peregrinación tal vigilancia ha dejado bastante que desear. ¿Débese á esto la propagación de la epidemia actual, que nació á fin de julio en Moucha, aldea de la provincia de Assiout, Alto Egipto, situada algo más arriba de Kosseïr en el Mar Rojo? La información que ha hecho la Comisión nombrada á este efecto por el Consejo de Cuarentena de Alejandría no ha podido aclarar este asunto. Como, por otra parte, no se ha demostrado que la enfermedad haya sido importada

por los peregrinos que han pasado por Djebel-Tor y el Bajo Egipto, ó por los vecinos de Moucha, que trabajaron como obreros en las riberas del Canal de Suez, surcado en dicha época por navíos en cuarentena de cólera, como, finalmente, no es posible admitir la reviviscencia de gérmenes en este país, donde desde hace seis años no ha ocurrido caso alguno de cólera asiático, la hipótesis de la transmisión por la vía de Kosseïr es plausible.

La comparación de la epidemia de cólera que existe actualmente en Egipto, con las de 1865, 1883 y 1895, permite sacar las conclusiones siguientes, desde el punto de vista de la defensa de Europa.

Hay entre estas epidemias grandes analogías y algunas diferencias. Todas han sido importadas; tres, según toda probabilidad, de la Meca, la segunda directamente de la India. La primera, la de 1865, fué el punto de partida de una invasión de cólera en Europa y hasta en América. Gracias á las medidas adoptadas, Europa pudo preservarse de la segunda y de la tercera, es decir, de las epidemias de 1883 y 1895. Cuanto á la epidemia actual no ha terminado y no podemos predecir lo que ocurrirá, aunque confiamos en que el Gobierno angloegipcio conseguirá hacerla desaparecer.

Todas estas epidemias han amenazado ó amenazan todavía el Mediterráneo y Europa, que tiene, por lo tanto, interés en conservar el sistema de defensa instalado en el Mar Rojo, insistiendo en que las mallas de la red protectora sean bastante pequeñas y estén bien vigiladas para que no pueda atravesarlas ningún peregrino sin que haya sido antes sometido en el campamento de Djebel-Tor al saneamiento reglamentario.

El Consejo sanitario de Alejandría está encargado de asegurar esta protección. Por desgracia, este Consejo no tiene la independencia necesaria para cumplir la importante misión que le está encomendada. En la situación política actual la protección de Egipto depende de la autoridad inglesa. Hay dos intereses diferentes por completo que pueden encontrarse uno frente á otro bajo la presión del comercio y de la navegación. El primero sólo se preocupa de interés local angloegipcio y procura mejorar la higiene de Egipto; desde este punto de vista se han hecho progresos importantes; el segundo, más general, europeo, americano, tiene por objeto barrer el camino al cólera y á la peste por el Canal de Suez.

Estos dos intereses diferentes deben estar representados por dos órganos, por dos Consejos distintos; uno angloegipcio que se ocupe exclusivamente de la higiene en Egipto, y en cuya organización no debe intervenir Europa. El otro marítimo y cuarentenario que represente los intereses de todas las potencias, debe ser regido por éstas. Conviene que sea internacional é independiente del Gobierno angloegipcio, que ejercerá, á no dudarlo, una gran influencia, pero que sólo estará representado en él como uno de tantos Gobiernos. Este es, sin duda, en cierto modo, el estado actual, pero conviene insistir sobre dicho punto: el Consejo internacional no debe estar supeditado al local, á la dirección angloegipcia, como se pretende. La protección de Europa sólo se obtendrá á este precio.

En cuanto á nosotros, nuestro papel desinteresado y humanitario en absoluto, consiste en hacer todo lo posible para prevenir nuevas invasiones del cólera en Europa.—(*Le Bull. Médical*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 5 de Noviembre de 1902.

Tratamiento quirúrgico en la apendicitis. — El Dr. Routier : Desde la memorable discusión que tuvo lugar en esta Sociedad en 1899, acerca de la apendicitis, hemos quedado á los ojos de la opinión médica divididos en dos campos : los intervencionistas y los abstencionistas ; de todos modos, esta división, no es tal vez tan profunda como parece desde lejos, y por mi parte no conozco, entre mis colegas, abstencionistas sin restricciones ; no conozco ninguno que pretenda que con un tratamiento médico, por bien conducido que sea, que con una dieta rigurosa, una inmovilidad absoluta y con hielo sobre el abdomen, se detiene con seguridad la evolución de una apendicitis; si así fuera, no hay duda, consideraría la apendicectomía como una operación de lujo aplicable únicamente á las personas cuya situación ó gusto les impide imponerse estancias prolongadas y repetidas en cama ; pero en realidad, nunca estamos seguros por medio del tratamiento médico, de detener á tiempo la evolución de una apendicitis. En algunos casos he tenido que emplear de grado ó por fuerza contra la apendicitis el tratamiento médico y afirmo no haber visto nunca desaparecida definitivamente la enfermedad; por esta razón continúo siendo fiel á mi fórmula de 1899 : «Nunca me he tenido que arrepentir de haber operado muy pronto una apendicitis y he tenido que deplorar con frecuencia que se me haya hecho operar demasiado tarde». Más reciente aún, he tenido ocasión de tratar apendicitis con dos médicos que habían tenido anteriormente por la abstención dos casos mortales y ahora me habían llamado muy precozmente y operé y curaron sus dos enfermos. Ultimamente he sido llamado en provincias, para una joven en su tercera crisis de apendicitis aguda ; fuí de la opinión de operar inmediatamente, pero la familia quiso conocer de antemano la de un médico de los hospitales, pariente de la enferma, quien decidió que sólo debía operarse en octubre y nos encontrábamos en el día 2 de julio. La enferma fué sometida á un tratamiento médico tan completo como lo desean sus más rigurosos partidarios, dieta acuosa, inmovilidad absoluta, hielo, opio, etc. Sin embargo, ha tenido una serie de crisis agudas, el 20 de julio, 7 y 18 de agosto ; actualmente aún no ha remitido y tengo la absoluta convicción de que si yo la hubiese operado el 2 de julio, estaría absolutamente curada en los momentos presentes. En mi enfermería he tenido no hace mucho un joven de dieciséis años con una apendicitis aguda, y como que en crisis anteriores los padres se habían opuesto formalmente á la operación, en lugar de operar el mismo día del ingreso tuve que solicitar su consentimiento ; al día siguiente el enfermo estaba ictérico y la orina era escasa ; operé, pues, en condiciones mucho peores que el día anterior y encontré un gran absceso periapendicular y otro en la pelvis menor, á pesar de lo cual el enfermo curó ; pero si le hubiese operado el día antes, las lesiones hubieran sido ciertamente menos extensas y la operación menos grave. Se dice que la operación es peligrosa cuando existe un absceso localizado, lo cual prueba desde luego que sería bueno poder intervenir antes de la formación de dicho

absceso. Pero, por otra parte, no conozco procedimiento clínico que permita indicar si existe ó no un absceso periapendicular. Me quedé estupefacto en el Congreso de Bruselas cuando oía hablar del diagnóstico de las diferentes formas anatómicas de las apendicitis antes de abrir el vientre; cuando oigo apoyarse para establecer este diagnóstico en la apreciación de la forma del apéndice y en la existencia de un cilindro cecal por medio de la palpación, afirmo que el que habla no conoce la enfermedad; nunca se nota el apéndice en la apendicitis, puesto que la contractura muscular se opone á ello; lo que se nota son las fibras musculares contracturadas; la prueba se halla en que por el cloroformo desaparece aquel cilindro. No hay ningún abstencionista que no me haya recordado que en las veinticuatro, treinta y seis y cuarenta y ocho primeras horas de la enfermedad expone á mayores peligros operar al enfermo. Será verdad que por el tratamiento médico se puede detener la apendicitis aguda en los dos tercios ó tres cuartos de casos; ¿cómo distinguiremos en un caso dado si el enfermo debe pertenecer al último tercio ó al último cuarto? ¿Le dejaremos correr á ese tercio ó cuarto el riesgo de sucumbir cuando la operación precoz está exenta de peligro? Aún puedo citar un niño que he visto atacado profundamente, con 39°, pulso rápido, estado grave y vomitando hasta el agua; manifesté que la operación era de extraordinaria urgencia y la familia con un tono que no admitía réplica, me dijo que sabía perfectamente que no debía operarse nunca la apendicitis en caliente. Algunos días después se me vino á anunciar triunfalmente que el niño seguía mejor, pero algunos días después supe que había muerto. Algunos hechos de este género bien estudiados y seguidos desde el principio, tienen más peso en las conclusiones de esta discusión que las estadísticas de hospital, que comprenden hechos desemejantes y con frecuencia enfermos llevados en el último período de la enfermedad; sin embargo, hé aquí mi última estadística de 1.° de marzo de 1901 al 1.° de mayo de 1902, completando las que he publicado anteriormente. He operado 49 apendicitis en frío con 49 curaciones, y 17 apendicitis agudas en plena crisis con 17 curaciones; muchos de estos apéndices estaban gangrenados ó perforados; 19 apendicitis agudas con absceso con 17 curaciones y 2 muertos, y 5 peritonitis agudas generalizadas con 3 muertos y 2 curaciones. Estoy convencido de que los cinco enfermos que he perdido se habrían salvado si hubiesen sido operados antes; también tengo la convicción de que muchas de las apendicitis agudas con gangrena ó perforación habrían terminado por la muerte indefectiblemente si no las hubiese operado desde que los enfermos ingresaron en la enfermería. La conclusión de estos hechos me parece que se impone.

El Dr. Gerard-Marchant: Sólo voy á comunicar una observación de un niño que ha muerto de apendicitis, única vez en que me he creído autorizado á contemporizar en este asunto. Ví al enfermito por primera vez el sábado por la mañana; el abdomen estaba timpanizado, la cara pálida y los rasgos contraídos; había una hiperestesia generalizada en todo el abdomen, pero más acentuada en el punto de Mac-Burney. Aconsejé la operación inmediata, pero una serie de circunstancias, debidas tanto á la oposición de la familia como á otras causas, motivaron que se retrasara la operación, primero para el sábado por la noche y después para el domingo por la mañana, en

cuyo momento se había verificado un cambio favorable, puesto que el semblante era mejor, el dolor menos acusado y el pulso había descendido de 120 á 100. Teniendo en cuenta que el niño había tenido crisis anteriores con expulsión de moco-pus, que me hacían temer un error de diagnóstico con la enteritis mucomembranosa, y en vista de que la generalización del dolor á todo el abdomen más bien hablaba en favor de esta última enfermedad, manifesté al médico que pensaba que se podía suspender el acto operatorio á condición de que vigilara al niño muy de cerca y me llamase á la menor alarma. He sabido ulteriormente que el martes tuvo el niño vómitos biliosos, y que en la noche del martes al miércoles la peritonitis se había desarrollado con tanta intensidad que mi colega Brun, llamado sólo entonces, encontró la situación tan grave que declaró imposible toda operación; y, en efecto, el niño murió poco después. He sentido una angustia extrema, porque he visto con toda claridad que este niño ha muerto por mi indecisión. Es indudable que tengo razones para disculparme: un medio hostil á la operación, dificultades materiales á ésta; pero todo esto no son más que excusas, puesto que siempre se vencen tales dificultades cuando se sabe tomar una decisión firme; yo había de operar inmediatamente á este niño, y me acuso de su muerte, la cual me servirá para evitar nuevas faltas en el porvenir. Mientras yo no conozca un signo que me permita decir si la crisis debe evolucionar favorable ó desfavorablemente, no me reconoceré con el derecho de esperar que los acontecimientos decidan; no he de exponer á mi enfermo á que corra una mala eventualidad, y debo operar antes de haber dado á la peritonitis tiempo de aparecer, es decir, lo más pronto posible desde que el diagnóstico esté hecho. Ya sé que muchos de nuestros colegas han tenido que deplorar hechos semejantes, y les pido que, como yo, dejen oir su voz en esta tribuna, puesto que sólo divulgando así algunos desastres, llegaremos á evitar muchos más.

El Dr. Quenu: El grupo de los intervencionistas se opone al de los abstencionistas; la cuestión me parece mal planteada, puesto que en ninguno de los dos campos el rigor absoluto no existe más que en la forma. Los intervencionistas más ardientes, después de haber dicho «operar lo más pronto posible», añaden, como el Dr. Segond, «cuando el diagnóstico es cierto». Por otra parte, ninguno de los pretendidos abstencionistas no dudará en operar de urgencia cuando se encuentre con síntomas inquietantes que permitan afirmar desde el primer momento el diagnóstico de apendicitis aguda. Sólo en los casos ligeros, donde con frecuencia se trata de diagnósticos de probabilidad y no de certeza, es donde la conducta que se ha de seguir es difícil de precisar. Con este motivo indicaré una causa de error de diagnóstico que he observado: la punta de hernia dolorosa de los sujetos nerviosos; cuando esta hernia sale puede provocar en ciertos sujetos violentos dolores simulando la apendicitis. Al lado de los errores de diagnóstico existe otra cuestión que he de manifestar, y que consiste en la desemejanza de los casos, según la hora á que se ha sido llamado. En los hospitales, con frecuencia son moribundos los que estamos llamados á operar de urgencia. Para obrar con rectitud, no debemos hacer entrar en nuestras estadísticas personales más que los casos en que hemos sido llamados desde el principio, y hemos podido seguir toda la evolución, de modo que pudiéramos intervenir en el momento que, según nuestra opinión, juzgamos más favorable. Hasta cuando

pensemos que la operación debe practicarse lo más pronto posible, todavía quedarán casos en que se llegará muy tarde, con motivo de la organización actual de nuestros medios de socorro. He visto con el profesor Dieulafoy un niño con apendicitis aguda, el cual tuvo los primeros vómitos el sábado por la noche; el domingo se hizo el diagnóstico de apendicitis, pero la operación no pudo practicarse hasta las ocho de la noche; el apéndice estaba ya gangrenado, la peritonitis difusa, y el niño murió cuarenta y ocho horas después del principio de los accidentes. Por lo tanto, á las dos ó tres horas de haber sido llamados, debíamos habernos encontrado en condiciones de operar. La generalización rápida del dolor al centro del abdomen, indicando una infección precoz de los ganglios mesentéricos es un signo de alarma, por el cual debe operarse de urgencia; del mismo modo, la diarrea, el abatimiento, el tinte amarillo de los tegumentos y la leucocitosis, son otros tantos signos de infección ó de intoxicación, que deben decidir á la intervención inmediata. En estos casos se trata de formas graves infectantes ó ulcerosas. Por estas razones no considero la poca frecuencia del pulso como manifestación tranquilizadora, puesto que he visto apendicitis de las más graves con 72 pulsaciones. Considero mucho menos graves las formas en que, con un buen estado general, se nota una placa resistente en el abdomen, puesto que entonces se trata de peritonitis plástica, de reacción de defensa del peritoneo, y en estos casos es enlos que se está autorizado para esperar. Pero es necesario no mezclar estos casos de abscesos miliares enquistados en exudados fibrinosos, formando barrera, y destinados á reabsorberse más tarde, con las verdaderas apendicitis agudas, puesto que para éstas creo que todos estamos de acuerdo.

El Dr. Kirmisson: Se nos ha querido considerar como divididos en dos campos: los intervencionistas y los abstencionistas, cuyas denominaciones son malas, puesto que no creo que exista actualmente entre nosotros un solo abstencionista sistemático. Hay radicales que participan de la opinión de operar siempre y desde el primer momento, y hay oportunistas, entre los cuales figuro, que pretenden no operar más que guiados por ciertas indicaciones. A los oportunistas, los Dres. Segond, Gerard-Marchant y Legueu les han expuesto hechos muy sugestivos. El del Dr. Segond no tiene el mismo valor que los otros dos, puesto que sólo prueba que un error de diagnóstico siempre es una cosa sensible y algunas veces fatal. En cambio, los casos de los Dres. Gerard-Marchant y Legueu presentan la cuestión de un modo muy preciso. He aquí dos niños que, bien cuidados en conformidad con el diagnóstico exactamente hecho y según los métodos que preconizamos los oportunistas y, que, sin embargo, han sucumbido. Evidentemente éstos son, y no hay para qué negarlo, los casos que figuran en el pasivo del método de la temporización; pero á estos casos en que el oportunismo ha sucumbido, podré oponer otros que, operados desde el primer momento, también han tenido una terminación fatal. En realidad, los hechos aislados no prueban nada; no se trata de saber si éste ó aquél enfermo han muerto con tal ó cual método, sino de saber si mueren más con el uno que con el otro; sólo las estadísticas pueden suministrarnos datos, dígase de ellas lo que se haya dicho. En 1899 os he traído la lamentable estadística de mi enfermería del Hospital Trousseau, y no menos desconsoladoras son las de los años 1901 y 1902,

y he de hacer constar que se trata de estadísticas integrales que comprenden, no sólo las operaciones hechas por mí ó por mis jefes de clínica, sino que también los casos operados de urgencia por los cirujanos de guardia. En 1901 he tenido en mi enfermería 37 apendicitis de todas naturalezas; 19 tratadas médicamente, han dado 19 curaciones; 8 operadas en frío, 8 curaciones; 2 operadas por abscesos peritoneales localizados, 2 curaciones, y 8 operadas en plena peritonitis generalizada, 8 muertes. En 1902 he tenido 50 casos de apendicitis; 16 tratadas médicamente han dado 16 curaciones; 6 operadas en frío, 6 curaciones; 8 operadas por abscesos peritoneales localizados, 7 curaciones y 1 muerto por bronconeumonía infecciosa; 20 operados en plena peritonitis generalizada, 15 muertos y 5 curaciones. De estos muertos por peritonitis generalizada no puedo decir cuántos hubieran curado si yo los hubiese tenido á mi disposición desde el principio; muchos de ellos eran niños pequeños, lo cual es un factor de gravedad, y muchos habían sido purgados en sus casas, lo cual es otro factor grave; por esta razón nos llegaban en el estado más lamentable. No hay duda que si les hubiésemos podido ver desde las primeras horas, la operación hubiera sido entonces de las más simples y no hubiera habido ningún peligro en operar. También creo que es necesario operar en las peritonitis generalizadas, puesto que es la sola esperanza de salud que resta al enfermo, lo propio que en los casos de abscesos localizados. Pero cuando somos llamados tardíamente, existen alrededor del apéndice falsas membranas y adherencias acribilladas de abscesos biliares; intentar removerlas es seguramente infectarse las manos y sembrar el resto del peritoneo; es necesario, pues, en estas condiciones, abstenerse y esperar que todas estas adherencias protectoras se hayan absorbido para operar en frío. Si hubiese sido llamado al principio de la apendicitis, antes de la formación de dichas adherencias, podría haber obrado de otro modo, puesto que no es seguro que siempre se formen é impidan la peritonitis generalizada. Pero, lo repito, en nuestros hospitales de niños vemos siempre los enfermitos muy tarde, y por esto obro en la forma que he dicho, y estoy admirado de ver que todos mis colegas, cirujanos de hospitales de niños, hayan llegado á las mismas conclusiones que yo y sigan la misma conducta.

(*Bull. Méd.*)—CODINA CASTELLVI.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

celebrado en Roma del 15 *al* 21 *de Septiembre de* 1902.

(Conclusión)

Tratamiento operatorio del cáncer del útero (*conclusión*).—El Dr. WERTHEIM (de Viena): Con la extirpación del útero sólo se ha obtenido la curación total en muy pocos casos. Es preciso intervenir de un modo más eficaz, á saber extirpar lo más posible del tejido celular que rodea el útero y los ganglios linfáticos propios de la región.

El mejor método de tratamiento radical consiste en la laparotomía. Por esta operación, gracias á los perfeccionamientos introducidos en el manual

operatorio, la mortalidad ha disminuído de tal modo que hoy no puede invocarse como un argumento contra la operación.

El número de casos susceptibles de operación, ha aumentado de un modo considerable desde que se emplea el método peritoneal perfeccionado. Los resultados definitivos, á juzgar por los obtenidos ya, mejorarán en lo sucesivo y harán la operación siempre más ventajosa.

Al adoptar esta operación, es necesario siempre tener en cuenta que en el caso de cáncer del útero, hay que recurrir cuanto antes al tratamiento quirúrgico.

Empleo desde 1878 la técnica siguiente:

Incisión en la línea blanca, desde la sínfisis al ombligo (posición declive, mesa operatoria de Ihle).

Disección de los uréteres en su parte pelviana.

Disección de la vejiga, ligadura y sección de los ligamentos redondo é infundibulopelviano.

Ligadura y sección de los vasos uterinos.

Disección del recto.

Limpieza completa del parametrio, evitando lesionar los uréteres.

Aplicación de una pinza curva sobre la vagina, y sección por debajo de ella.

Descubrimiento de los ganglios y extirpación de todo el que esté aumentado de volumen.

Desagüe de la vaginal por medio de gasa yodoformada, después oclusión del peritoneo y sutura de las paredes abdominales.

He operado con arreglo á esta técnica 120 casos, con una mortalidad de 20 por 100, y de 13 por 100 si se hace caso omiso de la primera serie, en que la técnica fué insuficiente. Esta mejora de los resultados es debida:

1.° A la mejora de la técnica (al principio la operación duraba dos horas ó dos horas y media, y ahora dura de una hora á hora y media).

2.° A que no denuda en absoluto el ureter, sino que se dejan los vasos nutritivos, lo que disminuye bastante los casos de necrosis.

3.° A la preparación del útero, porque además de la oclusión realizada con la pinza, se hace ahora previamente el raspado cuidadoso é irrigaciones con la disolución de sublimado; de los 20 casos últimos operados así, sólo he perdido una enferma.

En el tratamiento consecutivo merecen mención especial los cuidados que deben prestarse á la vejiga; á causa de la parálisis casi constante y del cateterismo que ésta hace necesario, sobrevienen por lo general cistitis más ó menos violentas. Desde que fijo á la pared vaginal la cara posterior de la vejiga, descubierta de peritoneo, según el procedimiento indicado por Krönig, por cuyo medio disminuye la capacidad vesical, hay muchos menos inconvenientes y hasta orinan las enfermas al día siguiente de la operación.

He operado con arreglo á mi método, en la primera serie de 30 casos, 29 por 100, en la segunda 40 por 100, en la tercera 52'9 por 100, y en la cuarta 50 por 100 de los casos de cáncer uterino que se han presentado en mi Clínica, mientras que, según mis estadísticas, Schauta y Chrobak no operan por vía vaginal más que próximamente el 15 por 100 de los casos. Algunas de las enfermas operadas presentaron dificultades especiales y fué preciso

resecar el ureter, el recto y la vagina; á veces los ganglios estaban adheridos completamente á los vasos gruesos.

Es necesario también tener en cuenta la calidad de los casos para examinar los *resultados lejanos*. Como creo que se necesita que pase un período de cinco años sin recidiva para afirmar la curación definitiva, y mi caso más antiguo data de cuatro años, no puedo razonar sobre este asunto más que por analogía. En mi primera serie (en la que el caso más reciente data de dos años y medio), sólo ha habido hasta ahora 8 recidivas, ó sea el 77 por 100 de curaciones, mientras que la estadística de Chrobak sobre las operaciones vaginales que no comprenden más que el 15 por 100 de los casos de cáncer, cita 34 recidivas en 77 casos, ó sea el 56 por 100 de curaciones después de dos años.

Las indicaciones operatorias son muy difíciles de precisar, y el diagnóstico clínico es en ciertos casos casi imposible. Conviene no operar todos los casos y saber respetar los cánceres por muy extensos que sean. Ocurre con frecuencia que los cánceres que parecían limitados, se ven, una vez abierta la cavidad peritoneal, que son inoperables en absoluto. En caso de duda, no hay enfermedad como el cáncer uterino en la que esté más indicada la laparotomía abdominal.

Para aclarar ciertos puntos poco conocidos de propagación del cáncer, he examinado en 80 casos los ganglios y el tejido uterino por medio de cortes en serie (lo que representa próximamente 40.000 cortes). En estos casos descubrí las células cancerosas 49 veces en el parametrio. Estas lesiones no se hallaban siempre en contacto directo con el útero, porque 38 veces eran bastante lejanas y en 11 fué imposible encontrar relación alguna con la lesión primitiva.

Los ganglios próximos á los vasos gruesos, se encontraron cancerosos en 27 casos de los 80, ó sea 23 veces en un lado y 4 sólo en los dos. Por lo general, sólo estaban afectados algunos ganglios, casi nunca grandes grupos.

Las lesiones del parametrio no concordaban siempre con las ganglionares. En 22 casos había infiltración del parametrio, y los ganglios estaban sanos; en 4 ocurrió lo contrario; en 22 estaban afectados los ganglios y parametrio, y en 32 no había la menor propagación.

Fundándose en estas investigaciones histológicas, es necesario admitir que en 48 de los 80 casos, la extirpación pura y simple del útero, cualquiera que hubiera sido el modo de practicarla, no habría conseguido la exeresis completa del carcinoma. Esto sólo basta para justificar mi método.

El Dr. Freund (de Berlín): El diagnóstico del cáncer del útero, da indicaciones para la extirpación inmediata y total de este órgano.

La operación practicada desde el principio de la enfermedad y en lo posible de un modo radical, hace esperar una curación persistente.

La operación abdominal practicada según los principios modernos de la cirugía, responde y llena esta indicación mejor que la operación por la vía vaginal.

La operación vaginal debe considerarse como un buen tratamiento paliativo para los casos muy avanzados que no pueden operarse de un modo radical.

El Dr. Jacobs (de Bruselas): Soy partidario decidido de la operación

completa de la que la histerectomía no es en realidad más que un tiempo y cuyo objeto debe ser la extirpación de todos los ganglios y tejidos cancerosos.

He operado por el procedimiento de Wertheim, ligeramente modificado, 75 enfermas, de las que en 28 conseguí la curación tardía, ó sea en el 37 por 100.

Esta operación es, por consiguiente, la más perfecta como operación paliativa; será el mejor método curativo cuando la educación general de las enfermas permita intervenir antes.

El Dr. *Gutiérrez* (de Madrid) intervino en la discusión de este tema, presentando una comunicación en francés, cuyo extracto es como sigue:

«Interin no se conozca la causa de esta terrible enfermedad y el remedio para combatirla, sólo de la cirugía deben esperarse los resultados más positivos que, á veces, han podido hacer creer en curaciones radicales.

Cuanto más envejece uno en la práctica, más escéptico, sin embargo, se torna en lo que se refiere á la curabilidad del cáncer. De mí sé decir, que las decepciones sufridas con algunos casos de reproducción ocurrida después de ocho y aun diez años de haber extirpado un útero canceroso, me han hecho ser muy parco en intervenciones radicales, que limito cuanto es posible y sustituyo por el tratamiento paliativo si hay difusión del mal, obteniendo supervivencias tan prolongadas como con las operaciones radicales.

Desde 1897, en cuya fecha presenté al «Congreso hispanoportugués de Cirugía» el resultado de 45 histerectomías por cáncer uterino, sólo he practicado esta operación doce veces. De las 15 operadas que entonces vivían sin reproducción, sólo quedan en la actualidad 8; la de mayor supervivencia (trece años) fué operada en 22 de mayo de 1889; la de menor supervivencia (seis años) fué operada en 16 de diciembre de 1896.

De las doce operadas desde 1897, sólo viven sin reproducción cinco; la más antigua de cuatro años de operada, y la más reciente de cuatro meses.

Es cuanto se puede exigir á la histerectomía vaginal, si se practica en las condiciones de mayor limitación posible del cáncer; y no creemos que sea más eficaz la histerectomía abdominal practicada según los procedimientos de Vertheim, de Jonnesco ó de Mackenrodt, pues el vaciamiento completo de la pelvis resulta ilusorio, por cuanto no es posible separar todo el tejido celular como los ganglios, y casi siempre es en aquél donde comienza la reproducción después de estas extirpaciones. Hasta la fecha, resulta la histerectomía abdominal una operación más peligrosa, más laboriosa y de mayor duración que la vaginal, sin que las supervivencias que con aquélla se obtienen hayan superado todavía á las de la segunda.

Cuando el cáncer uterino no está perfectamente limitado, siquiera los medios de que disponemos para apreciar esta limitación sean imperfectos, damos la preferencia al tratamiento quirúrgico paliativo (legración ó raspado, cauterización profunda con el termo y aplicación después de una mezcla detergente de salol, ácido salicílico y yodoformo), porque con él obtenemos supervivencias tan prolongadas, cuando no mayores que con la extirpación total.

Entendemos, pues, que las intervenciones quirúrgicas radicales en el cáncer uterino no dan garantía de curación; que deben, sin embargo, practi-

carse como un deber de humanidad para prolongar la vida de estas enfermas; que sólo estarán indicadas en los casos de verdadera limitación del cáncer, pues si éste está difundido por los tejidos periuterinos, presta iguales y aun mejores servicios el tratamiento paliativo; que decididos á intervenir radicalmente, preferimos la histerectomía vaginal á la abdominal como más rápida, menos peligrosa y de resultados tan prolongados en la actualidad como la histerectomía abdominal, pudiendo añadir: que todo útero canceroso que no deba extirparse por la vía vaginal á causa de su difusión, tampoco debe serlo por laparohisterectomía.

El Dr. P. Delbet (de París): Creo que la operación vaginal que tiene sus indicaciones y reglas fijas y carece de peligro inmediato es la electiva. La histerectomía abdominal total, que permite la exeresis más extensa y la curación definitiva, no debe á mi entender ser propuesta más que al principio de la enfermedad, porque en este caso las ventajas son bastante grandes para compensar sus peligros.

Como operación destinada á superar los límites de la operabilidad, la histerectomía no ha cumplido al parecer lo que prometía.

Esto me ha inducido á hacer investigaciones en otro sentido y á proponer la operación siguiente derivada de las de Michaux, Wölfler y Schukardt. Incisión desde la escotadura ciática hasta todo lo largo del labio mayor, pasando á igual distancia del ano y del isquión. Descubrimiento é incisión del elevador, aislamiento de la vagina por su cara lateral, del ureter y de la vejiga, extirpación de la vagina y del útero. Esta operación permite atacar cánceres inoperables por la vagina, extirpar suficientemente el tejido celular, y sobre todo, separar mejor que toda otra la pared anterior de la vagina y la cara inferior de la vagina, punto donde se produce la recidiva. La operación no presenta dificultades particulares, y Schauta, que ha operado bastantes enfermas por un procedimiento análogo, ha visto que su mortalidad no era superior á la de otras histerectomías.

El Dr. Amann (de Munich): No creo que todas las células cancerosas que se encuentran en los ganglios sean en realidad aptas para desarrollarse, pero carecemos de pruebas suficientes. Respecto á la operación, me parece que debe ser lo más completa posible. Prefiero el desagüe por la vagina.

El Dr. Mackenrodt (de Berlín): Prefiero la operación abdominal porque permite extirpar mejor los tejidos afectados, evita como ninguna otra la herida de los uréteres, ó cuando se produce es más fácil reparar los accidentes causados por ella. Cuanto á las operaciones vaginales, sólo las creo indicadas si los ganglios no están afectados, y en este caso, para evitar el contagio, empleo el termocauterio.

Es preciso extirpar, no sólo los ganglios, sino también las vías linfáticas, que sirven para propagar la infección. La extirpación total de los ganglios, como pretende Wertheim, es imposible desde el punto de vista anatómico.

El Dr. T. Morisani: He extirpado por la vía abdominal 14 úteros cancerosos, perdiendo sólo una enferma. En este caso se trataba de una piometritis que complicaba el cáncer de la porción vaginal del cuello y que se abrió durante las maniobras de enucleación. En otro caso el cáncer recidivó á los ocho meses. En esta enferma la degeneración maligna iba acompañada de infiltración extensísima de los ganglios y del parametrio derecho. Fué im-

posible extirpar en absoluto los tejidos degenerados. Mi estadística puede dividirse como sigue: 2 casos sin reproducción de dos años y ocho meses; 2 de dos años y cuatro meses; 2 de dos años y dos meses; 2 de un año y ocho meses; 1 de un año y siete meses; 1 de un año y un mes; 1 de seis meses.

En 25 operaciones de colpohisterectomía en formas limitadas, también la mortalidad ha sido nula, pero el cáncer no recidivó entre dos meses y un año. Creo, y con razón, fundándome en esta estadística, que no deja de ser significativa, en la superioridad del método abdominal. Me parece que los límites de esta operación no son muy extensos y sólo aconsejo la intervención en los casos en que el examen ginecológico y el estado general de la enferma permite suponer que la neoplasia será limitada. El cáncer recidiva en la cicatriz vaginal y con rapidez cuando no se hace la extirpación completa de los tejidos sospechosos. La histerectomía abdominal produce muy buenos resultados cuando la infiltración ganglionar es sólo pelviana ó los ganglios no han sido invadidos. Si, como se hace, se amplían las indicaciones operatorias, se corre el riesgo de practicar intervenciones incompletas.

Los hechos observados me permiten formular las conclusiones siguientes:

1.ª La cirugía abdominal en el cáncer de la matriz permite conocer con exactitud la extensión de las lesiones y la posibilidad de extirpar ó no el órgano en cada caso.

2.ª Permite extirpar los dos tercios superiores de la vagina, del parametrio, resecar los ligamentos anchos y demás anejos, aumentando las probabilidades del triunfo ó al menos prolongando la vida de las enfermas.

3.ª Los resultados inmediatos de la operación son *casi idénticos* á los de la colpohisterectomía, empleando una técnica exacta si el operador adopta todas las precauciones necesarias para el buen resultado de la operación, aunque esta técnica presenta grandes dificultades.

4.ª Los resultados definitivos de mi estadística personal son muy superiores á los de la operación vaginal desde el punto de vista de la recidiva.

El Dr. Poten (de Hannover): Soy partidario de la operación abdominal, pero recomiendo emplear la posición declive sólo en una parte de ella. Para separar la cavidad pelviana de la del abdomen, desprendo el peritoneo parietal y le suturo al visceral, y de este modo la cavidad abdominal queda completamente al abrigo.

El Dr. Spinelli (de Nápoles): La gran frecuencia de la recidiva del cáncer en la cicatriz vaginal, hace creer que la colpohisterectomía es una operación incompleta é irracional. Las observaciones actuales sobre la diseminación de la neoplasia por los ganglios profundos, lo demuestra hasta la saciedad. Por estas razones, la histerectomía vaginal es hoy un anacronismo. El procedimiento de Wertheim es infinitamente más completo y más lógico que la operación vaginal.

El Dr. Pinard (de París): Jamás opero el cáncer del útero complicado con embarazo. Espero siempre lo más posible y procuro esperar á que el embarazo llegue á término, procedimiento con el que he obtenido resultados bastante buenos. Hay, sin embargo, que tener en cuenta que el parto principia de una manera insidiosa y que en cuanto se inicia debe intervenirse practicando la operación de Porro.

Es importantísimo el diagnóstico precoz como lo prueba el hecho de que todos los resultados lejanos sin recidiva recayeran en casos operados al principio. Convendría que todos los médicos inculcaran á las mujeres esta noción de la curabilidad del cáncer tratado al principio. Es necesario acostumbrar á las mujeres á someterse al examen genecológico en cuanto observen el menor trastorno en la esfera de sus órganos genitales.

El Dr. Kronig (de Leipzig): La extirpación del útero por la vía abdominal es mucho más sencilla y fácil que por la vaginal cuando el parametrio está invadido. Estoy completamente convencido de que la extirpación completa de los ganglios infartados es imposible.

El Dr. Treub (de Ansterdam): Soy más conservador en cirugía que el Dr. Pozzi y empleo la vía vaginal. Creo que los resultados dependen más que de la técnica empleada, del diagnóstico precoz que permite operar pronto.

El azul de metileno químicamente puro y pulverulento en el tratamiento de las metritis.—El Dr. Chalirx Vivié (de Burdeos): Resulta de las investigaciones que vengo practicando desde hace varios años en unión del doctor Kohler, de Belfort, que el azul de metilino en polvo, químicamente puro es, en las metritis, un excelente tópico intrauterino indoloro y exento de propiedades cáusticos y tóxicas. Obra de una manera rápida y eficaz contra la metrorragia, la menorragia y la leucorrea. Su acción anestésica es innegable, sobre todo en la dismenorrea. Modifica de un modo eficaz los ectropions cervicales.

Animado por los éxitos obtenidos en ginecología con el azul de metileno pulverulento como hemostático, analgésico y antiséptico, lo he empleado en las mujeres embarazadas afectadas de vaginitis y de metritis blenorrágicas. La aplicación sobre las paredes de la vagina y sobre el cuello de este tópico indoloro é inofensivo, tarda poco en calmar el dolor, en suprimir el flujo y en sanear la región. Experiencias hechas en los animales me han demostrado que poco después de aplicado el azul de metileno en la vagina estaba completamente coloreada la mucosa uterina; la difusibilidad de este enérgico microbicida por los tejidos superficiales y profundos, es utilísima en el embarazo, durante el cual no puede emplearse el tratamiento intrauterino. La forma pulvurulenta es más eficaz porque por una fusión lenta y continua, asegura el contacto prolongado del agente modificador. El azul de metileno está dotado de propiedades bactericidas enérgicas sobre el gonococo, el estreptococo, el estafilococo y el colibacilo.

La histerectomía subtotal por sección primera del cuello. — El doctor J. L. Faure: Este procedimiento, fundado en el principio de que el útero debe ser extirpado de abajo arriba, y que una vez seccionado el cuello el útero queda retenido únicamente por los ligamentos anchos, merece ser recomendado, á mi juicio, en dos circunstancias diferentes: en los fibromas móviles ó, por el contrario, en ciertos casos difíciles de fibromas enclavados ó de anexitis adherente con útero en retroflexión.

Véase cómo se ejecuta en los fibromas móviles. Rechazado el útero hacia adelante se separa el cuello del cuerpo uterino por medio de un corte dado con tijeras curvas en el seno de Douglas. Se introducen entonces dos ó tres dedos de atrás á adelante entre el cuello y el cuerpo. Estos dedos suben á

lo largo de la pared anterior del útero desprendiendo la vejiga y rompiendo el fondo de saco vesicouterino. En estas condiciones, quedando detrás el pulgar, se coge entre este dedo y el índice el ligamento ancho derecho que se corta de un tijeretazo, se dirige el útero hacia la izquierda y se corta el ligamento ancho de este lado. El útero es extirpado y se termina la operación como en los demás procedimientos. En estas condiciones, es de una elegancia y de suma rapidez extraordinaria, y me ha ocurrido en un caso extirpar con la mayor facilidad un útero enorme en setenta y cinco segundos, incluso el tiempo de la incisión abdominal.

En los fibromas ó en los úteros adheridos en retroflexión es preciso llegar al cuello por delante. Se le secciona al nivel del fondo de saco vesicouterino. Se dirige entonces hacia arriba el polo inferior del útero, y se puede así, imprimiendo al órgano un movimiento de báscula, extirparle con facilidad relativa un fibroma que se deja libre poco á poco, ó un útero adherido por el fondo, y cuyos planos inferiores se hacen accesibles.

Modificación de la operación cesárea.—El Dr. Dudley Palmer (de Nueva York): El inconveniente general de la operación cesárea es el tamaño de la sección abdominal que favorece la eventración. Hago una incisión subumbilical de 15 centímetros á lo sumo, después sujeto el útero con un asa de caucho, que se encarga de sostener un ayudante, en tanto que otro eleva el fondo; durante todo este tiempo hago una irrigación caliente con la disolución de sublimado al 1 por 5000. Aplicada la matriz contra la cara abdominal anterior incindo su cara posterior. Extraigo el niño, después la placenta y hago una incisión intrauterina con la disolución de sublimado. Una vez retraído el útero, hago una sutura continua con la cuerda de catgut preparada. Los tres planos de la pared abdominal se suturan con la misma substancia.

Tratamiento de las fístulas rectovaginales consecutivas á la histerectomía.—El Dr. P. Delbet (de París): He tenido ocasión de emplear en un caso de fístula rectovaginal consecutiva á una histerectomía abdominal por un procedimieto que me dió buenos resultados. La enferma padecía desde diez años antes supuración pelviana, que se abrió en el útero dos veces. Practiqué la histerectomía. La enferma curó, quedándola una fístula alta circular de 8 milímetros de diámetro. No era aplicable ningún procedimiento clásico. Separé las diversas capas del recto y suturé la mucosa; después suturé el primer plano cortando un colgajo cuadrangular de eje transversal, en la parte más elevada de la pared anterior de la vagina é invirtiéndole. La enferma curó por completo.

Cirugía conservadora del ovario.—El Dr. Lapevre (de Tours): El ovario no es sólo el órgano de la generación, sino también indispensable para las funciones normales del organismo femenino.

Su supresión total durante el período de actividad sexual ocasiona trastornos constantes, siempre serios y á veces graves.

La conservación aislada de un simple fragmento de ovario basta para impedir, al menos en gran parte, estos accidentes.

La cirugía conservadora debe procurar, sobre todo, conservar el ovario en el mayor número de casos posibles.

Por poco que quede de la glándula sana, este poco merece ser conservado.

Para ensanchar el campo de la conservación propongo utilizar el ligamento ancho para incluir entre sus dos hojas el ovario. De este modo no sólo habrá peritonealización, sino ocultación del ovario.

Durante la histerectomía abdominal se separan las dos hojas del ligamento ancho; nada más sencillo que incluir el ovario entre ellas, reunidas por una sutura á punto por encima.

Lo mismo ocurre en las salpingectomías dobles.

En la ablación unilateral basta, en el lado sano, incindir el borde superior del ligamento ancho delante de la trompa y formar en él una foseta para alojar el ovario.

Desde mayo de 1901 he podido así conservar un ovario, al menos parcialmente. Los resultados lejanos han sido, al parecer, los que eran de esperar.

Congestiones pleuropulmonares de origen ovárico.—La Dra. Bouet-Henry (de París): Las congestiones de origen ovárico se dividen en tres clases: congestiva, pleurítica y pleuropulmonar. Estos trastornos dependen de un reflejo del simpático de origen ovárico. El tratamiento más eficaz es el amasamiento del útero y de los anejos y la gimnasia apropiada. En otras enfermas, fundándome en la teoría de la insuficiencia del ovario, asocio la opoterapia ovárica á este tratamiento (20 á 30 centígramos de extracto ovárico cada dos días). De 14 casos tratados así, he obtenido 8 curaciones.

Hipodermoclisis férrica en el tratamiento de la amenorrea esencial.—El doctor Henrilay: Empleo desde hace algún tiempo en el tratamiento de la amenorrea esencial la inyección subcutánea de una disolución fisiológica adicionada de glicerofosfato de hierro. La hipodermoclisis, practicada semanalmente á la dosis de 150 á 250 gramos en el vacío, mejoran de una manera notable el estado general; en ciertos casos, la menstruación es en condiciones tan extraordinarias, que sorprende. La disolución fisiológica se prepara por medio de comprimidos compuestos de 3 gramos de cloruro potásico y de 1 gramo de glicerofosfato de cal, que sirven para preparar 500 cent. cúb. de suero inyectable.

Datos para la cirugía de los fibromiomas del útero.—El Dr. Spinelli (de Nápoles): He practicado 100 histerectomías por fibromas, perdiendo sólo un enfermo. Esta operación no es muy peligrosa. Es necesario limitar lo más posible la ablación del útero; cuando los fibromas son aislados y discretos, basta la simple enucleación; pero si son numerosos, confluentes, empleo un método que califico de radical conservador, y que consiste en hacer la histerectomía subtotal, dejando los ovarios con un grueso pedículo musculoperitoneomucoso. Esta operación es radical, porque extirpa completamente el tumor, y es conservadora, porque deja subsistir la punción ovárica; la mayoría de las mujeres siguen reglando. No creo que este pedículo sea una causa de molestias futuras. La idea primera de este procedimiento pertenece á Zweifel, pero la he modificado perfeccionando la técnica. Este procedimiento no es, naturalmente, aplicable á los fibromiomas localizados en el segmento inferior, en cuyo caso es preciso hacer la histerectomía total.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 5 de noviembre de 1902 (1).

El suero antiestreptocócico en la escarlatina. — El Dr. Baginsky: En el año 1892 ya hice la observación de que cuando la escarlatina sobreviene como complicación de la difteria, desaparecen de las fauces los bacilos diftéricos y se encuentran estreptococos. Este es un hecho no constante, pero sí muy frecuente. He hecho el examen bacteriológico de 696 casos de escarlatina, y siempre encontré estreptococos, aunque asociados generalmente á otras bacterias, tales como estafilococos, diplococos, bacilos de Löfler, etc. De esta frecuencia con que se encuentra el estreptococo en los escarlatinosos, deduzco que tienen importancia en esta enfermedad, en el sentido de que no debe ser considerada su aparición tan sólo como un hecho secundario, por más que tampoco se ha descubierto ninguna cualidad específica en el estreptococo procedente de la boca de un escarlatinoso y cultivado después.

Posteriormente consiguió Aronson preparar con estos estreptococos procedentes de un escarlatinoso un suero inmunizador, el cual, según he podido convencerme de ello, inmuniza á los animales contra las infecciones enérgicas sin perjudicarlos en lo más mínimo.

Aunque los ensayos que se habían hecho con el suero de Marmorek en el tratamiento de los escarlatinosos, no habían dado resultado, me decidí, á pesar de todo, á repetir estos ensayos con el suero de Aronson.

Para apreciar su valor con toda claridad, comparé la mortalidad que la escarlatina había ocasionado en los años anteriores, y pude ver entonces que variaba muchísimo sin que se pudiera dar con la explicación de semejantes diferencias. Resulta de esto, que no puede darse ninguna importancia á la pequeña disminución de mortalidad (11 por 100 en vez de 14 por 100) que se observó entre los casos tratados con el suero y los que no habían sido tratados con este medio.

Comencé inyectando 20 cent. cúb. del suero, y después repetía la inyección, según era necesario, hasta inyectar 6 veces dicha cantidad. Con estas dosis tan altas, traté en enero cuatro casos muy graves, en los que no sólo no pareció presentarse ninguna mejoría con el uso del suero, sino que me dí por muy contento con que los niños hubiesen resistido sus efectos. Sin embargo de ello, después de algunas interrupciones, emprendí de nuevo estos ensayos, y la impresión que ahora me han producido no es tan grave y tan alarmante. Mientras tanto, no había cambiado, al parecer, el carácter de la enfermedad, y en cambio, Aronson había logrado preparar un suero más fuerte y hallar un medio que se podía dosificar con más exactitud.

Sin que el descenso de la fiebre tuviese nada de característico, observé que, así como con la inyección de suero se verificaba al tercero ó cuarto día los casos no complicados, se presentaba en los días quinto ó sexto, cuando no se había empleado el suero. Creo, por lo tanto, que éste no está desprovisto de acción y que si bien no es capaz de dominar en cierto modo á la

(1) Primera del curso académico actual.

escarlatina, ni de producir en ésta un efecto tan manifiesto como el suero antidiftérico en la difteria, da mejores resultados que el suero antiguo.

Nunca he visto presentarse una euforia pronta como la que dice haber observado Escherich en los niños escarlatinosos á los que inyectó el suero de Moser. Pero esta observación demuestra también que aquel suero debe ser eficaz, aunque se haya obtenido por otro procedimiento (sin hacerlo pasar previamente por un animal).

El Dr. Menzer: Debo hacer notar que yo he observado que en invierno han sido más graves los casos de reumatismo articular que en el verano, y que juzgo muy posible que el hecho de no haberse presentado casos tan graves de escarlatina en los últimos períodos de la serie de ensayos, acaso sea debido á la estación del año en que se desarrollaron. En mi opinión no tienen ningún valor los experimentos en los animales, y no es necesario que el suero pase por un animal antes de emplearlo, puesto que se trata de luchar con estreptococos que son patógenos para el hombre é inofensivos para los animales ó que gozan de propiedades opuestas.

El Dr. Aronson: He de recordar mi conferencia del mes de julio, y también he de llamar la atención sobre el hecho de que las observaciones de Baginsky demuestran que, con la concentración del suero, también se han obtenido mejores resultados, repitiéndose en este caso hechos análogos á los que se observaron cuando se descubrió y perfeccionó el suero antidiftérico. No hay ningún motivo para preferir el suero que no ha pasado previamente por un animal. Uno de los inconvenientes que tiene dicho suero es el de que no se puede dosificar con exactitud. Es cierto que el suero de Moser no está desprovisto de eficacia, pero las pruebas del mismo que yo he recibido eran de una actividad muy desigual.

El Dr. A. Baginsky: El suero nuevo es más eficaz que el antiguo: no es que los casos últimos hayan sido más benignos que los anteriores.

Significación diagnóstica y clínica de la distopia renal y especialmente del riñón pelviano. — El Dr. Müllerheim: He de recordar el mérito que contrajo W. A. Freund con su estudio del infantilismo, ó sea con el conocimiento de los trastornos de desarrollo y de su influencia en la Patología. La distopia del riñón, que no es de los hechos muy raros, se distingue de la movilidad adquirida de dicha víscera, por la circunstancia de que en el primer caso el riñón está fijo, no movible.

La distopia del riñón se produce por el hecho de que, esta víscera, que asienta primitivamente como un retoño en el conducto, que después será el ureter, dilatación sacciforme del conducto de Wolff, tropieza con algún obstáculo en su marcha inmigrante desde la pelvis menor hasta la región lumbar, y á causa de esto queda en cierto modo como fija en su camino.

Cuando la distopia es unilateral, el riñón se halla alojado en una mitad de la excavación sacra, ocupa el seno de Douglas y disloca al recto y á la S ilíaca. La arteria correspondiente nace en un punto más bajo, ya de la aorta misma, de la hipogástrica, ó quizá de la sacra media. Cosa parecida sucede con la vena.

En la distopia bilateral los dos riñones están muy juntos ó se han fundido para constituir uno sólo de forma de herradura. El ureter está acortado, como puede comprobarse durante la vida por medio del cateterismo.

Es frecuente que la distopia esté combinada con otros vicios congénitos, que también pueden poner en la pista de un juicio diagnóstico acertado. Para llegar á este resultado hay que tener principalmente en cuenta la forma plana del tumor, su sitio fijo sin que haya habido fenómenos inflamatorios, su falta de sensibilidad, su consistencia casi pastosa y la mayor frecuencia con que se encuentra junto á la articulación sacrolumbar.

(*Deutsche Medicinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la cistitis tuberculosa.—La cistitis tuberculosa cura muchas veces con el tratamiento general. Los medios locales obran únicamente como auxiliares.

Como tratamiento general, además del régimen se prescribirán los arsenicales, el aceite de hígado de bacalao y los glicerofosfatos.

Arseniato sódico..	1	milígramo.
Extracto de hojas de nogal...	15	—

Para una píldora, dos ó tres al día.

Se toman por espacio de tres semanas. Durante las tres semanas siguientes el enfermo tomará los glicerofosfatos :

Glicerofosfato de cal.....	30	centígramos.
— de magnesia.....	15	—

En un sello.

Durante el invierno dos á cuatro cucharadas de aceite de hígado de bacalao, quince días ó tres semanas en cada mes.

Los *deseos frecuentes de orinar* se calman con los enemas : á las diez de la mañana y á las cuatro de la tarde, un enema de agua de malvavisco muy caliente que se retendrá algunos minutos y por la noche un cuarto de enema con 15 á 20 gotas de láudano, enema que se procurará no devolver.

Los *dolores de la micción* se mitigan con los diuréticos (tisana de arenaria rubra, de estigmas de maíz, etc.), la abstención de bebidas alcohólicas y de alimentos cargados de especias.

Basta este tratamiento general para curar la cistitis tuberculosa que en el hombre es al parecer menos grave y manifiesta, menos tendencia á la generalización.

Como tratamiento local André recomienda la fórmula siguiente :

Gayacol	aa	5 gramos.
Yodoformo.....		
Aceite esterilizado..	160	—

Se inyectan todos los días, por medio de una sonda de Nélaton núm. 14 ó 15, 20 gramos de esta preparación que el enfermo retiene en su vejiga. Las

inyecciones se hacen después, cada dos ó tres días en cuanto se nota mejoría. El tratamiento dura varios meses.

Las instilaciones é inyecciones de nitrato argéntico tan útiles en las cistitis hemorragias, son perjudiciales en las tuberculosas. Las instilaciones de bicloruro hidrargírico al 1 por 5 ó 10.000 recomendadas por Guyon, producen resultados muy variables. — (*Journal del Praticiens*). — F. Toledo.

Síntomas de la anquilestomiasis. — El Dr. Torri, que ha tenido ocasión de observar 120 casos de anquilostomiasis en el Hospital Mayor de Milán, llama con este motivo la atención acerca de algunos síntomas desconocidos hasta ahora, ó poco apreciados, de dicha enfermedad.

En la mitad de sus casos había infarto del hígado y del bazo, sin que hubiera antecedentes palúdicos ó de otro género que pudiesen explicar este síntoma. A veces sólo existe el infarto hepático, que es poco acentuado y que va á menudo acompañado de una ictericia moderada. El infarto esplénico también es muy poco pronunciado.

Otro síntoma muy interesante de la anquilostomiasis es la fiebre, que no guarda ninguna relación con la gravedad del caso, presentándose generalmente en el primer período de la enfermedad y siendo poco graduada (hasta 38 grados).

El autor atribuye el infarto del bazo á la exageración en la actividad hematopoiética del órgano, que tiene por objeto reparar la pérdida de glóbulos rojos; el infarto del hígado, á esta misma función hematopoiética exagerada y á la función destructora de los principios procedentes del parásito, que también adquiere mayor intensidad y, por último, explica la fiebre por la existencia de toxinas en la sangre y la deficiente función de los riñones (*Il Morgagni*).—R. del Valle.

Empleo de la médula ósea en el psoriasis. — Dos médicos ingleses, los doctores Watson y Thompson, han empleado con éxito en uso tópico el extracto de médula ósea de vaca, mieloceno unido á partes iguales de aceite de almendras dulces. El efecto de este medicamento, no sólo es curativo local, sino modificador general, porque el psoriasis curó en sitios donde no se había aplicado el extracto referido. Uno de los psoriasis curados contaba diez años de antigüedad y había sido refractario á todo tratamiento. Si no se dispone del extracto de médula ósea de vaca, puede emplearse la médula tal cual se extrae de los huesos. — (*The Lancet*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS

FLEBITIS NEUMÓNICA

POR

D. JOSE MONMENEU

De las Sociedades española y francesa de Higiene.

La *flegmasía alba dolens* es una de las complicaciones menos frecuentes, y quizá por esto mismo menos estudiada de la neumonía. Un caso de Bouchut relativo á una pulmoníaca, á quien se le presentó edema doloroso en la pierna ízquierda durante la convalecencia de su enfermedad pulmonar; tres publicados en la tesis de Valette, de los cuales el primero recayó en una mujer de ochenta años, asistida por Vulpian, el segundo en otra de sesenta y seis, acogida en el servicio de Lancereaux del Hospital de la Pitié, de París, y el tercero en un hombre de treinta y uno, enfermo de Lépine, de Lyon; dos observaciones recogidas por G. Mya en la *Revista general italiana de Clínica;* otras tres de Da Casta; una más del profesor Miralhié, de Nantes, publicada por su discípulo Obrecht, curiosa en alto grado por afectar la flegmasía al brazo derecho y existir edema caquéctico en los miembros inferiores, y algunas otras no coleccionadas, constituyen casi la totalidad de los hechos de trombosis venosa consecutivos á la neumonía ó de flebitis neumónica dados á conocer en Francia Recientemente, el Dr. Walter R. Steiner, de Londres, ha conseguido reunir 28 casos, y esto hace creer que, no obstante las pocas observaciones, quizá se halle la trombosis de la pulmonía en igual proporción que en la gripe, la fiebre tifoidea y otras enfermedades infecciosas agudas. De todos modos, la complicación no es común, y por eso me parece interesante y digno de publicidad el caso de flebitis neumónica de que me propongo tratar en estas líneas.

Era la enferma una señora de treinta y dos años, casada, multí-

para y de buena salud habitual, que á consecuencia de «un enfriamiento», según ella decía, se vió obligada á guardar cama el 7 de abril de 1898 y á pedir asistencia facultativa. A pesar de la temperatura axilar de 39°,2 que tenía en el momento de mi primera visita por la tarde, nada hacía temer la aparición de la serie de complicaciones que en el curso de su enfermedad se presentaron.

Gran quebrantamiento general de cuerpo, pequeña cefalalgia frontal, anorexia, sed moderada, lengua saburrosa, alguna sensibilidad á la presión en el vientre, pulso regular y frecuente, enrojecimiento y sequedad de la mucosa faríngea, ligera ronquera y tos seca, que sólo de vez en cuando le molestaba, fueron los síntomas apreciables en el primer reconocimiento. El aire penetraba bien en ambos pulmones; ningún extertor, ningún roce revelaba la auscultación; los sonidos cardíacos eran normales; la enferma no tenía disnea, podía adoptar todos los decúbitos y se quejaba aún de los pequeños escalofríos que habían precedido á la sensación de malestar que durante la noche de aquel día experimentara.

El cuadro sindrómico, poco determinado, se ajustaba bien á la supuesta etiología: un enfriamiento, causa de la faringolaringitis catarral subaguda, quizá gripal. La cefalalgia, la rubicundez de la faringe, la tos, la ronquera, el dolorimiento del cuerpo....., parecían justificarlo. El descenso de temperatura observado en los cuatro días siguientes, y la remisión de algunos de los síntomas, abonaban el concepto diagnóstico, y lo hubieran afirmado más, de haber notado la paciente el bienestar que acompaña á las mejorías francas.

Pero el día 12 de abril (sexto de enfermedad), sin infracción del régimen á que estaba sujeta, y después de una noche regular, en que la fiebre no había pasado de 38°,2, tuvo la enferma un escalofrío fuerte seguido de dolor en el lado izquierdo del pecho, de aumento de la tos y la ronquera, de disnea y dificultad de adoptar los decúbitos laterales. En la visita de la tarde, el calor febril había subido á 39°,7, y la obscuridad del sonido á la percusión en la base del pulmón izquierdo, así como la ausencia del murmullo vesicular, revelaron la aparición de una pulmonía en aquel punto localizada, que se hallaba entonces en su primer período. Al día siguiente, el estertor crepitante, el soplo bronquial y algún esputo sanguinolento, confirmaron mi juicio diagnóstico, en cuya consecuencia tenía ya instituído el tratamiento.

Por lo insólito del hecho, por la rareza de aquella inflamación aguda del pulmón presentada después de seis días de fiebre, quise

conocer la opinión del Dr. Mariani, y este ilustre profesor que examinó en consulta á la enferma, confirmó la existencia de la pulmonía en el principio de su período de estado.

No fué del todo franca la evolución del proceso morboso. La inflamación invadió de abajo á arriba, en bloc, como casi siempre sucede, todo el pulmón; pero la fiebre, mostrando con su descenso cotidiano y lento, tendencia á desaparecer por lisis, como en algunas de las neumonías de los viejos y de las que surgen en el curso de los catarros bronquiales, en vez de hacerlo por crisis, que es lo normal; y la escasa eliminación del exudado, dificultando más la permeabilidad del órgano enfermo y aumentando la congestión compensadora del pulmón sano, obligado á mayores esfuerzos respiratorios para suplir la insuficiencia del otro, hacían presagiar peligros que no tardaron en aparecer, aunque á decir verdad, en forma bien inesperada.

El día 18 de mayo, séptimo de la pulmonía y décimosegundo de la enfermedad, era completa la macidez en el lado izquierdo del pecho; no se oía el murmullo vesicular y apenas se percibía el soplo tubario en la fosa supraespinosa. Por la tarde se recrudeció la fiebre, llegando de nuevo á 39° la temperatura, á 120 las pulsaciones y á 44 las respiraciones, y empezó la enferma á quejarse de dolor agudo en la pierna izquierda.

Un detenido examen del miembro puso de manifiesto que el dolor era más vivo en las regiones inguinal y poplítea, que el pié estaba tumefacto y que la pierna y el muslo aparecían abultados, duros, con blancura mate y disminución del calor al tacto; en una pala bra, que la extremidad se hallaba afectada de flegmasía *alba dolens*.

A poco de este extraordinario accidente, la enferma empezó á manifestar las consecuencias de gran adinamia, y como aparte de la infección, nada explicaba aquel estado de suma gravedad, puesto que ni la fiebre había sido alta, ni el tratamiento expoliador, llamé otra vez en consulta al Dr. Mariani, quien, como el distinguido médico homeópata Dr. Marin (D. Ceferino), que vió más tarde á la enferma, apreció toda la importancia del caso, sustituyendo el pronóstico reservado de antes por el correspondiente á los nuevos sucesos.

Quince días después de empezar la flegmasía en el lado izquierdo, el 3 de mayo, y cuando el edema comenzaba á ablandarse, á disminuir el dolor y á restablecerse el movimiento de los dedos, un nuevo accidente vino á hacer más difícil la situación de la enferma: la aparición de dolor y de abultamiento en el otro miembro, reveló que la inflamación había invadido igualmente las venas del lado derecho.

Desde entonces, ningún interés científico excepcional revistieron los múltiples incidentes á que hubo necesidad de atender. El día 8 se restableció algo la permeabilidad del pulmón izquierdo, que hasta aquel momento había ostentado las manifestaciones de la hepatización más absoluta; el 19 descendió por primera vez la temperatura á su cifra normal y el pulso á 84; el 4 de junio pudo la enferma abandonar la cama un instante, y el 15 de julio siguiente, á los tres meses de iniciada la enfermedad, salió á la calle totalmente restablecida, quedándole como recuerdo de la pasada tormenta, el edema de las piernas, que reaparecía sin dolor en cuanto prolongaba sus paseos ó hacía el menor esfuerzo.

Dos hechos culminantes llaman poderosamente la atención en la historia clínica que de modo sucinto acabo de exponer. El primero, la aparición de la pulmonía después de seis días de fiebre, sin ir precedida de causa alguna ostensible. El segundo, la trombosis de las dos extremidades abdominales, relacionada de modo evidente con la inflamación pulmonal, puesto que la enferma no padecía afección del aparato genésico ni ninguna otra á que pudiera atribuirse su flegmasía *alba dolens*.

El caso no es, sin embargo, único, siquiera se presente pocas veces. Lo raro es la coincidencia de ambas manifestaciones extrapulmonares en la misma persona, cosa que parece revelar una sucesiva exaltación de la virulencia del neumococo ó, cuando menos, una prolongación de ella, mediante la cual pudo el agente patógeno irse localizando por etapas en diferentes sitios del organismo y producir los trastornos morbosos que estudiamos.

Las manifestaciones extrapulmonares de la infección neumocócica, pueden aparecer en cualquier época, incluso antes de la localización principal, precediendo unas veces, siguiendo otras, á la neumonía. Numerosos son los casos de enfermedades precursoras y consecutivas á ella, y ejemplo bien elocuente es el del Dr Mercandino, incluído por el Dr. Netter en el *Tratado de Medicina*, relativo á una mujer de treinta años atacada de pulmonía cinco días después de padecer laringitis pseudomembranosa, y muerta á consecuencia de meningitis.

Admitida la etiología bacilar de la pulmonía, no es necesaria siempre la entrada de gérmenes para que la enfermedad aparezca: basta un accidente cualquiera capaz de modificar la resistencia orgánica, y en nuestro caso pudo ser el enfriamiento, para que el neumococo, huesped habitual de nuestro organismo, que se halla como

saprofito en la cavidad bucofaringea, ó los estreptococos y estafilococos piógenos, adquieran virulencia, determinen alteraciones *in situ*, y pasen de allí al pulmón á través de las mallas del tejido celular, ó por intermedio de los linfáticos.

Así se explica la enfermedad aguda del pulmón, después de algunos días de fiebre. Con contagio ó sin él, por la introducción de gérmenes patógenos en el organismo de aquella enferma, ó por la exaltación de la virulencia de los que normalmente llevara, prodújose, primero, la inflamación de la mucosa faringolaringea, y más tarde, la del pulmón, á consecuencia del paso de los microbios de uno á otro órgano, siendo ambas manifestaciones producto de la infección neumocócica, y no dos enfermedades independientes.

Muy otro es el mecanismo de la génesis de la flegmasía *alba dolens*. Aquí no basta la simple propagación ó traslación del agente morboso; es preciso suponer la infección general, la entrada de gérmenes en el torrente circulatorio, la modificación química de la sangre ó la alteración de la constitución anatómica de la vena, y para darse cuenta de todo ello, necesítase acudir también á las teorías, de las cuales las más importantes son la de la flebitis, defendida por Cruveilhier; la mecánica, cuyo autor fué Virchow; la química, apoyada por Vogel, y la de la infección, que tiene desde Vulpian la mayoría de los partidarios.

Cruveilhier decía que la obliteración venosa era el resultado de la inflamación de la membrana interna del vaso, por efecto de una irritación de origen sanguíneo; Virchow y Bouchut explicaban la trombosis como resultado de la coagulación de la sangre, á consecuencia de alteraciones en la crasis de este líquido y de modificación de las condiciones mecánicas de la circulación, ya por disminución de la energía cardíaca, ya por falta de tonicidad de las fibras musculares de los vasos. Ambos negaban la necesidad de la lesión vascular que afirmaba Cruveilhier, y decían que en caso de existir era secundaria, y contra ambos demostró Zahn que la trombosis se forma siempre en un punto lesionado del vaso. La teoría de las alteraciones químicas de la sangre sustentada por Vogel, sí puede explicar la predisposición á la flegmasia *alba dolens* de algunas enfermedades en que se nota aumento de fibrina de la sangre—hiperinosis—y exageración de su coagulabilidad—inopexia—tales como la clorosis y la misma neumonia, no basta para la inmensa mayoría de flebitis sobrevenidas en el curso de muchos estados morbosos en que no se observa ese aumento, y para los cuales, la experimentación, demostrando

su origen infeccioso, ha hecho volver parcialmente á la antigua doctrina de Cruveilhier, reconociendo que la obliteración venosa es resultado, no sólo de flebitis, sino de flebitis infecciosa producida por el acantonamiento de microbios en el interior de la pared venosa.

La presencia de microbios específicos en la sangre, ha sido demostrada efectivamente en casi todas las flebitis, sean de la procedencia que quiera. La flebitis de la infección gripal, fué señalada como hecho de observación en la epidemia de 1889-90, por Guttman, Burghard, Gutierrez (D. Eugenio), Laverán y otros muchos. En la flegmasía puerperal, la más frecuente, sin duda, se halla siempre el estreptococo, ya en las paredes de la vena trombosada, ya en el coágulo, ó en los *vasa-vasorum* atacados de flebitis y obliterados; Widal y Chantemesse han encontrado los microbios respectivos, ó los de la infección secundaria, en las flebitis de la tuberculosis; Hutinel, en las de la fiebre tifoidea; Mendel, en las blenorrágicas; Vaquez, en las caquécticas, y Mya, en los dos casos de flebitis neumónicas sometidos á la investigación bacteriológica.

Ciertamente que son pocos los hechos para afirmar categóricamente la naturaleza infecciosa de la flegmasía *alba dolens* en la pulmonía; pero un hecho positivo bien interpretado, tiene en esta clase de estudios más valor que todos los negativos, que de otra parte no existen, puesto que en los demás casos publicados no se hizo el examen microbiano. El paso del neumococo á la sangre de los neumónicos, está además desmostrado por muchos experimentadores, algunos de los cuales, como Casati, dicen haberlo hallado desde el segundo día de enfermedad, y este hecho significa que el microbio es capaz de provocar la neumococcemia ó septicemia neumónica, cuando adquiere virulencia é invade la circulación, y dar origen lo mismo á endocarditis, artritis y otras localizaciones, que á la *flegmasía alba dolens*. Verdad que muchas veces las localizaciones extrapulmonares no están producidas por el micróbio de Talamon-Frænkel, sino por microorganismos piógenos de los que con tanta frecuencia se le asocian; pero esto no quita valor á la afirmación, ni por ella dejarían de ser infecciosas las complicaciones neumónicas de que tratamos.

La doctrina de la infección domina toda la Patología. Su base experimental y su misma sencillez, la hacen aplicable á las más diversas enfermedades. Por ella se explica con mayor facilidad que por las otras teorías la génesis de casi todas las flebitis, y hasta las de aquellas ligadas con afecciones que nadie califica de microbianas,

como son la clorosis grave y la arterioesclerosis, se ha pretendido hacerlas depender, acaso con exageración, de infecciones secundarias favorecidas por la alteración de la sangre y la falta de tonicidad de las venas. Si, pues, la flebitis es casi siempre de naturaleza infecciosa, con mayor fundamento habrá de considerarse la consecutiva á la pulmonía qué tantas analogías guarda con la de todas las enfermedades agudas, la puerperal, la de la tifoidea, de la gripe, de la erisipela, de la disentería, la difteria, el paludismo y muchas otras, y hasta con las de las caquexias cancerosas y tuberculosas y supuraciones prolongadas.

Pero necesario es reconocer que no basta la presencia de microorganismos en la sangre, ni en los *vasavasorum*, ni en las paredes mismas de la vena para la producción de la trombosis y la flegmasía consiguiente, porque en tal caso, habría de ser más común el accidente, dada la frecuencia con que se halla en la sangre el diplococo encapsulado. Aquí como en toda la Clínica, el terreno, el estado del individuo enfermo es lo principal en el problema de la producción y evolución de la enfermedad, y sin la concurrencia de circunstancias especiales modificadoras del organismo, alteraciones de la crasis sanguínea y disminución de la vitalidad ó cuando menos de la resistencia en algún punto de la vena, jamás se produciría la flegmasía, que si muchas veces acusa infección, manifiesta siempre estado general ó local más ó menos deteriorado.

Por eso la diferencia tan notable de pronóstico en cada caso, debe formularse no según la forma clínica del mal, sino por las condiciones particulares del que lo padece. Enfermedad cuyo término puede casi siempre augurarse favorable, salvo la contingencia posible de embolia pulmonar, es precursora, sin embargo, de muerte próxima en todas la caquexias, porque sigue siempre á profundas é irremediables alteraciones de la composición y textura de los líquidos y sólidos orgánicos.

Los síntomas de la flebitis neumónica no difieren de los de la *flegmasía alba dolens* en general, á juzgar por lo que pudo observarse en nuestro caso.

Empezó la complicación por dolor, que la enferma refería á toda la extremidad inferior izquierda, y cuya mayor localización se hallaba, según observamos al reconocerla, en las regiones inguinal y poplítea; el miembro todo estaba hinchado, edematoso, con edema duro y resistente, sin que sobre él dejara el dedo la huella de la presión; de color blanco mate surcado por el azul obscuro de las veni-

llas de la superficie dilatada; la paresia era completa y grande la sensibilidad al menor contacto.

Coincidiendo con estos síntomas locales, hubo notable aumento de la temperatura axilar. Después de una serie de oscilaciones descendentes y de bajar hasta 36°,8 por la mañana del séptimo día de la pulmonía, subió por la tarde á 39°, osciló entre esta cifra y 38° los cuatro días siguientes, llegó á 39°,5 en el quinto de la flegmasía, alcanzó la máxima de 40° en el inmediato, y desde entonces se inició la remisión, manteniéndose entre 37 y 38° por espacio de un mes, hasta el 19 de mayo, primer día de la apirexia.

La aparición de la flegmasía en la extremidad derecha fué precedida de adormecimiento y hormigueo en el pié, no se acompañó de exacerbación febril, ni el edema adquirió la dureza que en la izquierda, y tuvo como episodio algunas manchas purpúreas en el tobillo.

Durante todo el tiempo del período agudo de la flegmasía, domino la adinamia y la falta de relación entre la poca intensidad aparente de los fenómenos locales y el mal estado general, y no se notó otro trastorno nervioso que el insomnio.

Como se ve, estos síntomas fueron sensiblemente iguales á los de todas las flebitis del mismo orden, y no hay fundamento clínico bastante para hacer de la neumónica una forma especial, distinta de la gripal y la tifoidea, por ejemplo.

Abonan también la identidad clínica la duración del mal, cuya agudeza de un mes se halló comprendida en el término medio de tres á seis semanas, propio de toda flegmasía venosa, y la evolución del proceso morboso, cuya regresión se verificó con la lentitud de costumbre.

Tampoco difirió el tratamiento del aplicado ordinariamente. La absoluta inmovilidad de los miembros en la natural adducción en que quedan después de invadidos por la flegmasía, y en ligero plano inclinado para favorecer la circulación de retorno; su envoltura con grandes capas de algodón en rama y el mantenimiento del calor local con saquillos de arena durante los primeros días; pinceladas con mixtura calmante, fomentos con solución de clorhidrato de amoníaco, y una poción con extracto blando de quina para ayudar al sostenimiento de las decaídas fuerzas, fué en conjunto la terapéutica empleada.

De cuanto llevamos expuesto se desprende que la *flegmasia alba dolens*, accidente posible y poco frecuente de la pulmonía, producido

seguramente por los mismos neumococos, mas que por infección secundaria, no tiene caracteres peculiares que la diferencien de las demás flegmasías *alba dolens*, debidas á otros microorganismos, como el estreptococo, y es complicación de cualquier período de la enfermedad, aunque más propia del de resolución y convalecencia. De entre diez casos, sólo en uno apareció durante la neumonía, al segundo día del escalofrío; en seis se observó después de la resolución, convalecientes ya los enfermos; en el nuestro, al séptimo día y antes de la defervescencia, y en los dos restantes se descubrió como fenómeno necrópsico. Precisar las circunstancias de su producción, determinar las razones por las cuales surge ó no, aun con circunstancias individuales al parecer idénticas, es tarea que exige el estudio y la comparación de muchos hechos clínicos, y hasta ahora es muy corto el número de los publicados y grande su desemejanza, para establecer más sólidas conclusiones.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital Provincial de Madrid

Sumario: I. Nuevo tratamiento de la oftalmía purulenta de los recién nacidos. — II. Amaurosis consecutiva á una operación ginecológica. — III. Nota sobre la acción midriática de ciertas soluciones de pilocarpina. — IV. Amaurosis total en el envenenamiento por los hongos. — V. Caso de conjuntivitis diftérica curado por el suero. — VI. Ambliopías de origen hepático.

I. El Dr. Lantsheere ha abandonado desde hace cuatro años las cauterizaciones con el nitrato de plata, así como las instilaciones en el tratamiento de la oftalmía purulenta de los recién nacidos.

Cuando los párpados están violentamente inflamados y existe secreción purulenta abundante, el autor se contenta con entreabrir ligera y dulcemente los párpados para dar salida al pus; para sacar el de los fondos de saco, practica ligeras fricciones, en forma de masaje de los párpados.

Terminada esta manipulación, que es menester repetirla al menos cada hora, practica inmediatamente una irrigación suave de per-

manganato de potasa al 0'50 por 100, exprimiendo una torunda de algodón empapado en este líquido sobre los párpados, que se entreabren primero ligeramente, y después con más extensión, cuando los síntomas de hinchazón van disminuyendo. Manifiesta á los padres del niño que ellos solos tienen casi la totalidad de la responsabilidad del tratamiento.

Desde que la hinchazón ha disminuído un poco y la separación de los párpados es más fácil, hace diariamente una instilación de algunas gotas de argonina al 1 ó al 2 por 100.

La argonina responde eficazmente á todas las indicaciones, siendo las principales las siguientes:

a) Mata los gonococos, sobre todo cuando se encuentran en líquidos albuminoideos.

b) La argonina puede penetrar profundamente en los tejidos; no forma precipitados con la albúmina.

c) No ejerce ninguna acción irritante ó cáustica sobre las mucosas.

Comparada con el nitrato de plata, la argonina mata como él los gonococos de un modo seguro y tiene además la ventaja de no inspirar ningún temor respecto á complicaciones ó agravación, que el nitrato puede ocasionar. La argonina es, con respecto al nitrato de plata, de una inocuidad absoluta sobre la conjuntiva y la córnea.—(*Archives de Médécine et chirurgie speciales*, junio de 1902).

II. El Dr. Macías operó á una señora de varios fibromas de la matriz que ocasionaban abundantes hemorragias y gran anemia. Durante la operación, que duró cerca de tres horas, no perdió la enferma mucha sangre, sólo tuvo un accidente clorofórmico y quedó con pulso pequeño y frecuente, no bastando para mejorarle la inyección de 1500 gramos de suero artificial por la vía subcutánea y 200 gramos por la vía venosa, levantándose sólo con inyecciones de cafeína y estricnina.

Al tercer día, el estado general era bueno, pero la enferma dijo que no veía nada, tenía incoordinación de ideas, torpeza cerebral y pérdida de la memoria. La temperatura era normal.

Al examen ocular se observó tensión normal, córnea transparente, pupila contraída é insensible. A los siete días, la pupila está menos contraída y presenta ligera reacción á la luz.

Por el examen oftalmoscópico se encontraron los vasos dilatados y las papilas blancas y nebulosas. En el segundo examen, el campo visual del ojo derecho estaba reducido, decía la enferma que veía

algo, las papilas estaban blanquecinas y con sus bordes poco limitados como en la retinitis albuminúrica. En la mácula no se observaba nada notable.

Días después pudo observarse en el ojo izquierdo, abajo y adentro, una placa apoplética cuadrada de un milímetro de lado, de bordes dentados y sin relieve; hacia arriba de la papila había placas blanquecinas como huellas de antigua hemorragia. Estado mental torpe, lo que hace que nó facilite datos sobre su visión.

Ultimamente, ha mejorado el campo visual, no hay escotomas, la papila se ha vuelto rosácea, pero persisten la placa apoplética y la nebulosidad papilar. El examen funcional es muy difícil por el estado mental de la enferma.

El autor cree que la excesiva tensión sanguínea general, resultado de la inyección de suero, produjo un edema de la papila y la retina, que las privó de sus funciones. Podría pensarse en una lesión de los centros nerviosos, pero se puede excluir este elemento por haberse restablecido la función del centro á la periferia.

Se trata de una neuroretinitis hemorrágica, según el Dr. Chaves. (*Anales de Oftalmología de Méjico*, abril de 1902).

III. Acerca de la acción midriásica de ciertas soluciones de pilocarpina, el Dr. Lilienfeld relata el caso de un hombre de cuarenta y tres años atacado de glaucoma prodrómico. Le dispone instilaciones de clorhidrato de pilocarpina al 1 por 100 tres ó cuatro veces al día.

Después de cuatro meses de tratamiento, el mismo día en que el enfermo hizo uso de un nuevo frasco de colirio, el acceso de glaucoma no desapareció como de costumbre. Al siguiente día la visión de cerca era mala y había enturbiamiento. El autor pudo comprobar que las dos pupilas estaban fuertemente dilatadas. La eserina determinó rápidamente la contracción de ambas pupilas.

Evidentemente no podía tratarse de la atropina. La dilatación pupilar no era máxima; la acomodación no estaba más que parésica; la eserina conservaba la totalidad de su acción. Lilienfeld estudió con el mayor cuidado el colirio midriásico. Se trataba de pilocarpina de Merk y comprobó que la preparación y la conservación del alcaloide no dejaban nada que desear.

Desde el punto de vista fisiológico pudo comprobar lo siguiente: instiló 2 ó 3 gotas en tres ó cuatro minutos de intervalo en el saco conjuntival de un individuo sano.

Después de quince á veinte minutos se observó una reducción de la pupila que varía de medio á 1 y medio milímetros. Diez minutos

más tarde la pupila se dilató rápidamente ; la midriasis aparece, por tanto, en el tercer cuarto de hora después de la instilación y adquirió su máximum, es decir, 8 milímetros, quince minutos más tarde.

La pupila no obra ya á la acción de la luz; la acomodación no está tampoco alterada. Este estado dura dos á tres horas, después la pupila se contrae lentamente. La reacción á la luz vuelve á aparecer muy pronto. Después de veinticuatro horas existe todavía una diferencia de 1 á 1 y medio milímetro entre las dos pupilas; después de veinticuatro horas esta diferencia no es más que de 0'5 milímetros.

La eserina obra rápidamente sobre esta pupila así dilatada: 3 ó 4 gotas de una solución de eserina producen una miosis marcada en una hora próximamente.

Hamack y Mayer han demostrado que las hojas de jaborandi contienen, además de la pilocarpina y la pilocarpidina que tienen una acción análoga, otro alcaloide antagonista de los primeros y que han llamado *jaborina*.

En las manipulaciones químicas que se hacen sufrir á las hojas de jaborandi para extraer la pilocarpina, una parte de ésta se transforma en jaborina.

Se separa la jaborina de la pilocarpina por la cristalización. La pilocarpina cristaliza; una gran parte de la jaborina, que no cristaliza, permanece en las aguas madres. Si la cristalización no se verifica bien, la jaborina puede quedar mezclada con la pilocarpina.

Hamack y Mayer han estudiado las propiedades químicas y fisiológicas de la jaborina. Se distingue de la pilocarpina por su poca solubilidad en el agua: es fácilmente soluble en el éter, el alcohol y el cloroformo; sus sales no cristalizan y son solubles en el agua y en el alcohol.

Según aquellos autores, la acción de la jaborina sobre el corazón, la pupila, las glándulas salivales, es exactamente la misma que la de la atropina. No hay más que diferencias cuantitativas como para la hiosciamina. La presencia de una cortísima cantidad de jaborina en la pilocarpina, puede anular los efectos de este último alcaloide.

Las conclusiones prácticas de estos autores son las siguientes: «Una pilocarpina del comercio no es buena más que si aun á la dosis de 10 miligramos, no tiene ninguna acción sobre el corazón de una rana inmovilizada por la muscarina».

La química ha podido aislar actualmente cuatro alcaloides del jaborandi: 1.°, la pilocarpina ($C_{10}H_{12}NO_2NCH_3$); 2.°, la pilocarpidina

($C_{10}H_{12}NO_2HN$); 3.°, la isopilocarpina; 4.°, la isopilocarpidina. La isopilocarpina al 1 por 100, produce á los catorce minutos de instilada una miosis de 2 milímetros; una hora más tarde la pupila comienza á dilatarse; esta dilatación alcanza medio milímetro y dura diecisiete horas.

Este colirio de isopilocarpina estudiado químicamente, es absolutamente análogo al de la pilocarpina. Estos experimentos demuestran que, si la isopilocarpina no es absolutamente análoga á la jaborina, es al menos una de sus partes constituyentes.

En resumen, la jaborina posee una mezcla de un poco de pilocarpina con los alcaloides accesorios del jaborandi.

Toda pilocarpina, antes de ser entregada al comercio, debe ser ensayada en el hombre bajo el punto de vista de su poder miótico.

Las prescripciones que da la farmacopea, no dan suficiente garantía.

Sería útil en los hospitales destinar frascos coloreados especiales para la pilocarpina con el fin de no emplear jamás recipientes que hayan podido contener atropina. Se prescribirá siempre el colirio por pequeñas cantidades, para renovarle con frecuencia cada tres semanas próximamente y, en fin, se evitará preparar las disoluciones con agua hirviendo: ésta puede convertir la pilocarpina en isopilocarpina.—(*Archivés d'ophtalmologie*, septiembre, 1902).

IV. Valenti de Roma, relata el siguiente caso de amaurosis total en un envenenamiento por los hongos.

Un hombre de veintiséis años, envenenado por hongos del género *amanita*, fué atacado en la noche del siguiente día al envenenamiento, de amaurosis del ojo derecho y en seguida del ojo izquierdo. Conducido al hospital, apenas tenía percepción luminosa y las pupilas estaban muy dilatadas.

El oftalmoscopio demostró que las papilas estaban pálidas, las venas relativamente dilatadas, con relación á las arterias, que estaban muy adelgazadas.

A los ocho días se declaró una ligera mejoría y á los quince podía el enfermo ver los objetos á un metro y leer los caracteres de la escala de Snellen. Al mes podía considerarse el estado del enfermo como estacionario con $^3/_{10}$ de visión, ligera hemeralopia y papilas un poco pálidas.

Como tratamiento se había recurrido á las inyecciones de estricnina, al baño hidroeléctrico ascendente (polo negativo á la nuca) á las preparaciones ferruginosas y arsenicales y á la alimentación

con hígado de ternera (Método de Trantas contra la hemeralopia).

En un caso relatado por Weiss, el envenenamiento por el *Cantharellus cibarius* provocó anisocoria, oftalmoplegia excéntrica, que duró ocho días, nistagmus, astenopia acomodativa y retiniana. En el caso de Valenti se produjo á continuación del envenenamiento una neuritis óptica retrobulbar de forma subaguda, verdadera neuritis tóxica, análoga á la de los bebedores y fumadores, á la de los obreros de las fábricas de cauchú (sulfuro de carbono), á la provocada por el plomo ó el dinitrobenzol (obreros de las fábricas de roburita), el cloral ó el cloroformo.

Como detalle interesante del caso de Valenti, es de notar que el enfermo acusaba al principio de la amaurosis, cefalea y dolores sordos en el fondo de la órbita, sobre todo durante los movimientos de excursión forzada de los ojos.—(*Archives d'ophtalmologie*, septiembre de 1902).

V. Fromaget expone el siguiente caso de conjuntivitis diftérica curada por el suero:

Un niño de dieciséis meses fué atacado de conjuntivitis ligera al principio, tratándola con nitrato de plata al 0'50 por 100 y con permanganato de potasa. A los dos días aparecen falsas membranas difteroides con enorme tumefacción de los párpados; las córneas estaban intactas. Se hace el diagnóstico clínico de conjuntivitis diftérica, é inmediatamente se inyectan 15 cent. cúb. de suero antidiftérico. Localmente cuidados de limpieza; los antisépticos los considera inútiles.

Al siguiente día, segunda inyección de 15 cent. cúb. Desde el día siguiente á esta segunda inyección desaparece el edema y las falsas membranas se funden sin supuración: curación.

El autor insiste sobre la inutilidad de los antisépticos y sobre la necesidad de inyectar el suero tan pronto como se hace el diagnóstico clínico, sin esperar el resultado del laboratorio. Este último no tiene gran valor, según el autor, porque normalmente en la superficie del ojo existe el bacilo de Kuschbert, que se parece al bacilo diftérico. Es menester proceder rápidamente, porque en veinticuatro horas las córneas pueden estar perdidas. En todo caso, no hay que temer á la inyección, que no tiene ningún inconveniente.—(*Archives d'oftalmologie*, julio, 1902).

VI. Jacqueau, de Lyon, ha presentado un trabajo á la Sociedad francesa de Oftalmología sobre las ambliopías de origen hepático.

Según el autor, la insuficiencia de la función hepática es causa de

trastornos oculares, que reune en dos grupos: *hemeralopias y ambliopias*, propiamente dichas.

Las primeras se revelan por lesiones oftalmoscópicas variables y poco acentuadas, presentándose á menudo retraídas las arterias y dilatadas las venas. Los síntomas principales de las hemeralopias son: la hemeralopia, ó más bien la ceguera crepuscular, la hipocromatopsia, el estrechamiento del campo visual, la disminución de la agudeza visual y la midriasis más ó menos acentuada. Jacqueau hace notar que dichos trastornos están ligados, salvo rarísimas excepciones, á cirrosis hipertróficas y no se revelan hasta algún tiempo después de iniciada la lesión. Se afilia á la opinión de Robert, según la cual, toda hemeralopia esencial es de origen hepático

De ambliopías, que son más raras que las hemeralopias, presenta dos observaciones, de cuya etiología pueden excluirse todos los demás agentes productores de ambliopía. En ambas observaciones, el síntoma dominante era la disminución de la agudeza visual, encontrándose á la par aumentadas las líneas pleximétricas de la región hepática; el examen oftalmoscópico sólo reveló ligeras modificaciones caracterizadas en la primera por pequeños puntitos blanquecinos en la parte inferior de la mácula, y en la segunda solo podría apreciarse una ligera palidez de las papilas.

En cuanto al tratamiento, el adecuado á la lesión hepática, asociado al yoduro potásico, á dosis de 1 gramo diario, reconstituyó á ambos enfermos su agudeza visual primitiva.—(*Archivos de oftalmología hispano-americanos*, agosto, 1902).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del Curso de 1902 *á* 1903.

(Continuación)

El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—El Presidente Dr. VALLE Y ALDABALDE:

Si la transmisión hereditaria de la tuberculosis es un hecho innegable y las mismas discusiones que se han entablado y que se siguen sosteniendo acerca de si lo que se hereda es el germen ó la predisposición, dan por supuesta dicha herencia, ya no reina el mismo acuerdo cuando se trata de com-

parar el pronóstico de la tisis hereditaria con el de la que no tiene este sello. Así, Schamelhout afirma que el antecedente hereditario no desempeña un gran papel en este concepto; G. Schröder dice también que en los tísicos de antecedentes tuberculosos, los resultados del tratamiento de los sanatorios no suelen ser peores que en los demás enfermos del mismo padecimiento, y Leudet, de Rouen, después de admitir desde luego, y como resultado del examen de 143 familias, que comprenden 1485 personas, y de ellas 312 tuberculosas, que la tisis pulmonar se puede transmitir por herencia, afirma igualmente que esta última ni excluye ni favorece las probabilidades de detención ó, en su caso, de curación de la enfermedad.

Sin embargo, el mismo Dr. Leudet ya hace constar un hecho que explica las contradicciones y divergencias que existen acerca de este particular. Dice, en efecto, que mientras la tisis adquirida se desarrolla en edad tardía, la hereditaria se presenta en la infancia y en la juventud, y en ese caso, si recordamos la distinta gravedad y el peor pronóstico de la tuberculosis pulmonar á medida que nos acercamos á la fecha del nacimiento, se comprenderá muy bien que la tisis hereditaria habrá de ser de peor pronóstico que la adquirida, no tanto por su distinto origen como por la diferencia de edad en que suelen presentarse ambas. Otros autores, como E. Meissen, afirman en vista de los hechos observados en el Sanatorio de Hohenhonnef, que la herencia influye muy desfavorablemente en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar, sobre todo de la que se presenta en las mujeres á consecuencia del embarazo, del parto y del puerperio.

Por último, un dato que me parece tener mucho valor para resolver este punto, es el que nos proporcionan las Compañías de seguros sobre la vida, donde, como es natural, se aquilata hasta el último extremo todo lo concerniente á los antecedentes de los individuos que solicitan la admisión en dichas sociedades. Ahora bien, de la estadística de dichas Compañías que el Dr. Ferrand presentó á la Academia de Medicina de París, resulta lo siguiente:

	Proporción de muertes por tisis.	
	Sin herencia tuberculosa.	Con herencia tuberculosa.
Antes de los 29 años	85'8	5'1
De 29 á 40 años	26'3	36'6
De 40 á 50 —	17'[illegible]	24'6
De 50 á 59 —	6'7	15'7
De 59 á 69 —	5'8	8'0

Después de los setenta años la proporción cambia, pero esto no altera el sentido general de estas cifras. Y añade, además, el Dr. Ferrand, como deducción que se saca de estos datos: las probabilidades de que se haga tísico un individuo, son mucho mayores si ha tenido tísicos en su familia.

Ciertamente, y esto no viene más que á confirmar la opinión general; pero yo entiendo que si se tiene en cuenta que las Compañías no han de

admitir seguramente á los tuberculosos que se hallen en un grado algo avanzado de su padecimiento, se puede deducir sin violencia de las cifras antes expuestas, no sólo que la tisis pulmonar es más frecuente en los sujetos de antecedentes tuberculosos, sino que termina antes con su existencia, que es, en una palabra, de peor pronóstico.

Además, la menor diferencia que se observa en la mencionada estadística de los cincuenta y nueve á los sesenta y nueve años, en la mortalidad por tuberculosis, entre los hereditarios y los que no lo son, diferencia que se invierte después de los setenta años, parece apoyar la opinión de que si la tisis hereditaria es de peor pronóstico, lo es más, según ya he manifestado procedentemente, por la edad en que se desarrolla que no por su vicio de origen.

Entre los antecedentes personales que, según la opinión casi unánime de los autores, la cual está de acuerdo con lo que se observa diariamente, en particular en la práctica hospitalaria, favorecen el desarrollo de la tisis pulmonar y, sobre todo, agravan su pronóstico, figura sin duda alguna el alcoholismo crónico.

No es la longevidad atributo que distingue á los alcohólicos; pero cuando sobre el fondo orgánico deteriorado por la intoxicación alcohólica crónica viene el bacilo de Koch á ayudarle en su obra destructora, se puede predecir sin temor de equivocarse que la afección pulmonar recorrerá sus etapas con más celeridad de lo que lo hubiese hecho en el mismo organismo, de no estar éste minado por la acción del alcohol, y se comprende que así sea si se recuerdan las alteraciones del sistema vascular periférico, del corazón, del tubo digestivo, del hígado, de los riñones, etc., que se encuentran en los alcohólicos y que no pueden por menos de inferir á la economía grave quebranto y, por consiguiente, de favorecer el desarrollo de la lesión pulmonar y la influencia nefasta que ésta, á su vez, ejerce sobre el resto del organismo.

¿La anemia agrava el pronóstico de la tisis pulmonar?

En realidad, la anemia de algunos tuberculosos es ya una de las primeras manifestaciones de su mal; en cambio, en otros casos, la anemia es consecuencia de otras afecciones, y ya se comprende que la tuberculosis que se desarrolla en estas circunstancias y que sigue una marcha rápida, no reconoce por origen tan sólo la anemia, ni es más grave exclusivamente por esta causa, sino que ambas particularidades tienen su razón de ser en la debilidad general de todo el organismo; en una palabra, que no es la anemia, sino más bien sus causas, las que agravan el pronóstico de la tisis pulmonar.

Con justa razón se considera de muy mal pronóstico á la tisis que se desarrolla en el curso de la diabetes sacarina. La experiencia enseña, en efecto, que la alteración que experimentan los tejidos en la diabetes, y que tanto temen los cirujanos cuando tienen que plantear en uno de estos enfermos el problema de una intervención quirúrgica, se revela también en la frecuencia con que se observa la tisis en los diabéticos, sobre todo en los jóvenes y mal nutridos, y en la marcha rápida que sigue, acaso por estas mismas circunstancias de edad y condiciones orgánicas de los individuos en que se presenta. Así se observa que, una vez declarada la tisis en un diabético, es raro que termine su funesta marcha después del año de haberse

iniciado, y bastante común que lo haga antes de los seis primeros meses.

Una de las formas de tuberculosis pulmonar á que se atribuye, y con razón, mal pronóstico, es la que sobreviene á consecuencia del traumatismo, forma, como es sabido, poco común, pero de la que existen ejemplos bien comprobados, entre ellos el ya clásico de los marineros del Ródano. Esta forma de tisis, y en especial su pronóstico, han venido á adquirir hoy día mayor importancia con motivo de la ley de accidentes del trabajo y de las ideas que en la actualidad imperan en los estadistas que legislan acerca de estos asuntos.

Bueno será hacer constar que la tisis pulmonar traumática se desarrolla en algunos casos no de un modo primitivo, sino, según lo hace observar Desoil, como propagación al pulmón de un proceso pleurítico, que es el provocado directamente por el traumatismo, y cuya naturaleza es igualmente tuberculosa. En este caso, la marcha de la enfermedad es más lenta que cuando el proceso fímico se desarrolla desde luego en el pulmón por virtud de la causa traumática.

La viruela, que algunos autores antivacunistas habían llegado á suponer que servía á manera de depurativo, ó mejor dicho, de preventivo contra el desarrollo de ciertas enfermedades, y especialmente de la tuberculosis pulmonar, parece, según el Dr. Lop, que funda sus afirmaciones en 64 observaciones personales, 54 del Dr. Revilliod y 20 tomadas de la tesis del doctor Chauvin, que no sólo predispondría al desarrollo de la tisis, sino que además empeoraría su pronóstico. Debo manifestar, sin embargo, que esta opinión tiene pocos partidarios y que, por mi parte, tampoco he tenido ocasión de verla confirmada en la práctica.

Que la tisis pulmonar es más frecuente en los enajenados que en los sujetos sanos de espíritu, es un hecho bien averiguado, llegando á afirmar Hagen, como resultado de sus investigaciones estadísticas, que la mortalidad por tuberculosis es cinco veces mayor en los enajenados que en los demás sujetos; más como quiera que añade que es también cinco veces más frecuente en los primeros que en los segundos, no resultaría diferencia en el pronóstico. Pero es el caso que no sólo mueren más locos de tuberculosis que sujetos de estado mental sano, sino que además se observa que generalmente la evolución de la afección pulmonar es más rápida, y no tan sólo en los que están asilados en los manicomios, sino también en los que permanecen viviendo en el seno de sus familias.

Sea debido este peor pronóstico de la tisis en los enajenados á la influencia deprimente que su desequilibrado sistema nervioso ejerce en la nutrición general, ó á su constitución orgánica, que predispone simultáneamente á ambas afecciones, mental y somática, ó quizá á la alimentación deficiente á que se someten los locos, y en particular los melancólicos, ó bien á todas estas causas de consuno, como parece más probable, es lo cierto que cuando se desarrolla la tisis en un enajenado, debemos establecer un pronóstico peor que si se tratara del mismo sujeto en condiciones normales de salud mental.

En cambio, el histerismo, que tantas afinidades tiene con las psicosis propiamente dichas, parece que detiene la evolución de la tisis. G. Schroeder llega hasta incluir entre las afecciones que influyen favorablemente en

su desarrollo, todo el grupo de las neurosis generales. Yo no me atrevería á tanto, pero creo, por lo que he podido observar, que en igualdad de circunstancias, es más favorable el pronóstico de la tisis en las histéricas que en las que no lo son. A primera vista sorprende que las cosas puedan suceder así, si se tiene presente la frecuencia con que en estas enfermas se observan la anorexia y las congestiones pulmonares seguidas en algunos casos de hemoptisis. Pero si se recuerda la resistencia que presenta el organismo de esta clase de enfermedades á todos estos episodios, incluso á la anorexia antes mencionada, y hasta á los mismos vómitos que en ocasiones persisten semanas y meses sin afectar al organismo en el grado en que éste se resentiría seguramente de no tratarse de una histérica, ya no nos sorprenderá tanto que la tisis pulmonar evolucione en estas enfermas con relativa lentitud.

La diátesis artrítica goza fama, y por lo que yo he podido observar, creo que con razón, de oponerse al desarrollo de la tuberculosis y de hacer más lento su curso. Esta influencia, no sólo se hace sentir en los artríticos, sino hasta en sus hijos, aunque éstos no presenten manifestaciones ostensibles del modo de ser orgánico de sus ascendientes.

¿A qué será debido semejante antagonismo? No lo sabemos. Los autores franceses lo atribuyen al «terreno artrítico hiperácido» que contraponen al «terreno tuberculoso hipoácido». Pero hoy que la doctrina del artritismo está experimentando una revisión profunda que hace cambiar radicalmente muchas de las ideas que se venían aceptando hasta hace poco tiempo como indiscutibles, no creo que podemos tampoco admitir semejante explicación como fiel expresión de la verdad patogénica. No por eso deja de ser menos cierto el hecho de que la tisis artrítica es lenta en su evolución, presentando el tipo que se ha llamado de tisis fibrosa por predominar la nueva formación de tejido conjuntivo sobre el proceso destructor del parénquima pulmonar.

Algunos autores como Bazin y sobre todo, Marfán sostienen que la tisis de los escrofulosos es benigna, silenciosa, lenta y casi siempre apirética. Es muy cierto que en los sujetos que aun hoy en día designamos con el epíteto de escrofulosos, las reacciones orgánicas son, en general, más lentas que en los individuos sanos. Esto, no obstante, si no olvidamos que además del tipo tórpido de la escrofulosis existe otro llamado erético en que dichas reacciones son más activas, y si se tiene presente, además, que una buena parte de las lesiones llamadas escrofulosas son realmente tuberculosas, y contienen, por lo tanto, bacilos dispuestos á revivir á la primera ocasión, habremos de convenir en que el pronóstico de la tisis pulmonar en los tuberculosos no es tan benigno como afirman los autores mencionados.

El llamado hábito tísico de Hufeland, que unos interpretan como factor predisponente á la tisis pulmonar, y otros, en cambio, juzgan que ya es una de las primeras manifestaciones del padecimiento, tiene en lo que se refiere al pronóstico de éste menos significación que en lo que respecta á su importancia como dato revelador de una predisposición al mismo. Todos los días estamos viendo, en efecto, tuberculosis del pulmón, que á pesar de su hábito tísico, conllevan bastante bien su dolencia años y años, y, en cambio,

no son infrecuentes los casos de individuos de apariencia robusta y desarrollo corporal hasta atlético que sucumben en plazo breve víctimas de su afección pulmonar.

Según un médico norte-americano, el Dr. Hoffmann, la desproporción entre la talla y el peso del cuerpo es un dato que tiene grandísima importancia para predecir la probabilidad de que un sujeto sea atacado y sucumba de tuberculosis. Resulta, en efecto, de las estadísticas de las Sociedades de seguros, cuya importancia, y sobre todo, en la Unión americana, es un hecho bien notorio, que en pasando de una talla de 165 centímetros son víctimas de la tisis pulmonar del 75 al 100 por 100 de todos los sujetos que tienen un peso bastante inferior al que les corresponde. No quiero dar demasiada importancia á este dato, pero como está apoyado por cifras bien comprobadas, creo que no deja de tener interés.

¿Influye la raza en la evolución y en el pronóstico de la tisis pulmonar? Respecto á este punto hay un hecho bien comprobado que permite contestar afirmativamente. Me refiero á la extinción á que camina rápidamente la raza polinesia. Sólo citaré algunas cifras que tomo de Quatrefages.

Cuando Cook descubrió las islas Sandwich, evaluaba su población en 300.000 habitantes. Ahora bien, en 1861 no había más que 67.084. En Nueva Zelandia encontró 400.000 maoris; en 1858, sólo se contaban 56.049. En Taiti, la población era por lo menos de 240.000 habitantes; en 1857 el censo no dió más que 7212.

A esta aterradora disminución de población contribuye en cierto modo la disminución que también se observa en la natalidad, pero la causa principal es, y en ello están conformes hoy todos los observadores, el aumento de mortalidad que se observa en la raza polinesia desde que con ella se han puesto en contacto las razas del antiguo continente.

Este aumento de mortalidad se ha imputado á muchas causas, como las guerras, las hambres, las epidemias, los vicios de todo género. Sin embargo, sin negar la parte que estas calamidades puedan tener en el decrecimiento de población de las islas de la Polinesia, es lo cierto que el Dr. Bourgard dice haber encontrado tubérculos en todos los cadáveres, y el Dr. Brulfert, médico de marina como el anterior, refiere que casi todos los polinesios sufren de toses rebeldes y que entre estos casos de catarros bronquiales 8 de cada 10 son de tuberculosis.

Otros muchos trabajos se han publicado demostrativos de que la tuberculosis presenta mayor ó menor gravedad según las distintas razas, pero en ninguna parte como en el caso á que acabamos de hacer referencia, se pone más de manifiesto semejante de diversidad.

En lo que afecta á nuestra patria, debo hacer mención con este motivo, del notable trabajo que con el título de *Los Climas de España y la tisis pulmonar*, ha publicado hace pocos años nuestro distinguido compatriota el Dr. Ballota Taylor. Este autor, en efecto, después de hacer un estudio comparado de la mortalidad por tuberculosis pulmonar en las distintas regiones de nuestra nación, deduce como conclusión principal de su estudio, «que las grandes diferencias que se observan en las proporciones de la mortalidad ocasionada en España por la tisis en localidades dotadas de unas mismas condiciones topográficas y de unos mismos climas, reconocen por causa

esencial una diversidad extremada en la predisposición tuberculógena peculiar á cada una de las variedades etnológicas de la Península; predisposición señaladamente mayor en las razas oriundas del Centro, Norte y Noroeste de España que en las del Mediodía y Levante y tan marcada en ellas cuando residen fuera de su país nativo como cuando permanecen constantemente en él».

Sin desconocer el valor de las cifras aducidas por el autor y el mérito indiscutible de su trabajo, yo entiendo que no se pueden aceptar sin reparo sus conclusiones.

En primer lugar, es bien sabido que entre los climas de las zonas Norte, Noroeste y Central de España, por una parte, y los de las comarcas levantinas y meridionales, por otra, existen bastantes diferencias que pueden explicar las que se observan en la mortalidad por tuberculosis en las zonas respectivas. Pero aun dando por cierto que la predisposición de los individuos de las regiones menos favorecidas continuara cuando se trasladan á zonas de mejores condiciones, se puede explicar sin violencia, teniendo presente que la inmensa mayoría de los sujetos que cambian de residencia lo hacen en una época de su vida en que la tuberculosis, caso de desarrollarse, ya existe por lo menos en el estado latente.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Tratamiento de la rinitis atrófica (ozena) en los niños. — En los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pedriatría*, publica D. E. Monturiol la siguiente nota clínica:

El tratamiento de esta repugnante enfermedad cuando el paciente es un niño, no deja de prestar serias dificultades que sólo puede vencer una mano perita. Efectivamente, los grandes lavados de las fosas nasales á beneficio del sifón de Weber ó de la pera olivar, aconsejados por la mayoría de los autores, Tillaux, Dieulafoy, Constantin Paul, Terrillon, Kirmisson, Le Gendre, Lermoyez, etc., presentan un grandísimo inconveniente cuando deben practicarse en enfermos muy jóvenes, cual es el de que con facilidad penetra el líquido en la laringe, accidente debido á que el enfermito no acierta a obedecer la serie de observaciones que le hace el operador, sin cuyo requisito la ducha nasal resulta imposible.

Los niños se resisten mucho más á la ducha nasal, que á la aplicación del espéculum, á los frotes con torundas de algodón y hasta al raspado ligero de la mucosa con la cucharilla, así es que trata á todos sus enfermitos aplicando los medios curativos de manera directa y sabiendo sobre qué puntos de las fosas nasales dirige la intervención.

Sin duda alguna, la acción mecánica del desprendimiento y arrastre de las costras, es mucho más enérgica armando la mano con el porta algodón y la pinza, que con la cánula ú oliva de los aparatos de duchas. Aplicando el espéculum, apenas existe anfractuosidad de las fosas nasales que escape al examen visual; de modo que pueden aplicarse los tópicos en el sitio en

donde convengan y no á ciegas como se logra con la ducha, uno de cuyos inconvenientes, es el de qué partes sanas y enfermas se hallen sometidas á iguales influencias. Esto sólo debiera ser motivo para que las irrigaciones fuertemente antisépticas, astringentes, ó casi caústicas no se emplearan, porque siendo como es la pituitaria una mucosa en extremo susceptible, si ciertos tópicos pueden convenir como modificadores de las partes lesionadas, producen fuertes hiperemias en las zonas normales, transformándolas por esta sola causa en terreno apropiado para la propagación del proceso morboso.

Su modo de proceder consiste en prescindir de la ducha nasal en todos aquellos casos en que el niño no la tolera bien. Cuando es bien tolerada, no la usa nunca antes de haber desprendido y extraído las costras y conglomeraciones fétidas, mediante las pinzas ó las torundas de algodón, y en tal caso, con el solo objeto de practicar lo más rigurosamente posible la limpieza de las fosas, jamás con el propósito de que el líquido de la ducha sea el encargado de modificar las superficies enfermas por su determinada acción medicamentosa. Cuando la ducha empleada con tal objeto no es posible, la sustituye por las pulverizaciones con el aparato Richardson, soportadas siempre con facilidad aun por niños muy rebeldes.

Una vez lograda la limpieza de las regiones afectadas por estos distintos medios, puestas al descubierto las superficies que han servido de asiento á las mal olientes concreciones, procede de distintas maneras y emplea tópicos diferentes según los casos. Algunas veces, aunque pocas, las hemorragias que se producen á consecuencia de las diversas manipulaciones mentadas, impedirían hacerse cargo del estado de la mucosa nasal, y en tal caso, la aplicación de la hazelina ha producido excelentes resultados, pues á la par que cohibe con relativa facilidad la hemorragia, su acción vasoconstrictora no es tan intensa, que produzca cambios de aspecto extraordinarios en los tegumentos sometidos á su influencia. En tales casos no emplea la adrenalina, porque su acción fuertemente isquemiante podría contribuir á acentuar el proceso marcadamente atrófico que preside el origen de la cruel enfermedad que nos ocupa.

La substancia que emplea con preferencia en el tratamiento de esta afección, son el sublimado corrosivo y el permanganato potásivo al 1 por 1000, y el cloruro de zinc al 5 por 100. Los aplica tan sólo en forma de fricción sobre las partes donde se forman con preferencia las costras, sirviéndose de un porta algodón provisto de una torunda previamente mojada en algunas de las soluciones antedichas.

Cuando en algún sitio la mucosa se presenta arrugada, reseca y como esclerosada, practica un raspado seguido de la aplicación de la disolución de cloruro de zinc. Cuando la casi totalidad de la superficie de las fosas nasales está cubierta de costras delgadas, que después de desprendidas ponen de manifiesto la mucosa lisa y reseca, emplea con resultado satisfactorio la siguiente fórmula:

Lanolina...	10 gramos.
Aristol.....	1 —

Con una torunda armada en el portaalgodón se embadurna una vez al día

la superficie de las fosas nasales, operación que puede ejecutar el mismo enfermo ó sus padres, instruídos previamente respecto á la dirección con que deben llevar el instrumento. Esta intervención es perfectamente tolerada hasta por niños de corta edad.

Por estos medios ha visto, ya desde un principio, retardarse considerablemente la nueva formación de concreciones fétidas y desaparecer en absoluto al cabo de dos ó tres meses los principales síntomas de la enfermedad, cuales son la presencia de costras y la fetidez del aliento. El aspecto de la mucosa queda siendo sospechoso durante un lapso de tiempo mucho mayor, pero acudiendo tan sólo una vez por semana á ver al médico para librarse de alguna pequeña costra demasiado rebelde; y usando las pulverizaciones, los baños nasales ó la irrigación cuando es posible, con agua salada al 3 por 100, una ó dos veces por día, se llega á obtener una curación que no se malogra, si no se abandonan demasiado pronto estos medios que casi no tienen otro valor que el de ser uno de tantos detalles que impone la higiene individual, en bien del propio individuo y de la sociedad, puesto que el enfermo de ozena llega á constituir una pesadilla para las personas que le rodean. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 11 *de Noviembre de* 1902.

Cistotomía suprapubiana en los tumores de la vejiga. — El Dr. *C. B. Lockwood* leyó sobre este asunto un trabajo fundado en las operaciones practicadas por el autor en el Hospital de San Bartolomé desde 1891 á 1900. Comprende 53 operaciones practicadas en 37 enfermos, uno de los cuales fué operado nueve veces. En 16 casos la neoplasia pudo extirparse y en otros 16 no. Murieron 8 enfermos de los primeros y 7 de los segundos. Las causas de la muerte fueron la hemorragia, el colapso y la sepsis. Esta precedió muchas veces á la operación. Cuando la orina es séptica y no hay posibilidad de extirpar el tumor, la cistotoma suprapubiana está contraindicada. La operación ideal en estos casos debe llenar las condiciones siguientes: Primera, diagnóstico endoscópico precoz; segunda, asepsia antes, durante y después de la operación; tercera, excisión del tumor junto con su base y una zona de tejido sano; cuarta, oclusión de la herida que queda después de extirpar el tumor; quinta, oclusión de la herida suprapubiana.

El Dr. *R. Harrison* cree que en la cistotomía suprapubiana practicada para extraer los cálculos voluminosos ó los tumores, se corre un peligro grave de sepsis á causa de lo imperfecto del desagüe de las bolsas vesicales. En

los niños es imposible obtenerle. El desagüe por el cateter es poco útil en estos casos, y lo mejor es practicarlo por una herida independiente del periné. El Dr. Fuller, de Nueva York, ha empleado este método con resultados excelentes en la prostatotomía suprapubiana. Jamás se ha arrepentido de colocar un tubo de desagüe á través del periné, pero sí de lo contrario.

El Dr. *E. Hurry Fenwick* dijo que había formado una estadística de 500 casos de tumor de la vejiga con 153 operaciones y 11 muertes. Cree que eligiendo debidamente los casos, la proporción de mortalidad es inferior á la indicada en el trabajo del Dr. Lockwood. Para hacer esta selección es preciso emplear el endoscopio. Ningún tumor que se palpe por el recto debe ser operado, porque por regla general es maligno. La citoscopia permite conocer los casos que deben ser operados y los que no deben serlo: un tumor villoso único debe ser operado, pero no si es múltiple. Si es único y ocupa la pared superior ó posterior de la vejiga, puede extirparse esta parte de la víscera. Si son sexiles no deben extirparse porque tienen relaciones con los tejidos submucosos. Los pedunculados son malignos en ciertos casos.

El Dr. *Lockwood* manifestó que desde el punto de vista teórico, el desagüe peritoneal es de eficacia dudosa, porque aumenta el peligro de la sepsis. Cuando los casos se tratan pronto, este peligro es insignificante. En las mujeres es suficiente el desagüe por la uretra. Es importantísimo practicar la endoscopia cuando la orina contiene sangre.

Asociaciones clínicas del primer ruído duplicado.—El Dr. *A. G. Phear* leyó un trabajo sobre este asunto. Describió primero los caracteres del ruído doble y dijo que jamás hay división completa del primer ruído en dos partes separadas por un intervalo de silencio, sino que es efecto de la duplicación por dos refuerzos durante un sonido continuo. Del análisis de 109 casos en que se funda el trabajo, la duplicación del primer ruído se oyó asociado con enfermedad cardíaca, principalmente la regurgitación mitral; enfermedad arterial debida, sobre todo, al esfuerzo, al envenenamiento por el plomo, ó asociada con lesiones renales; lesiones pulmonares, en su mayor parte enfisemas, con ó sin bronquitis; anemia, en particular de tipo clorótico, y dispepsia. Es notable que entre los que padecían enfermedad arterial, algunos tuvieran intoxicación plúmbica. El número de casos de enfermedad arterial asociado con albuminuria es pequeño; sólo se observó en 9, lo que prueba que el valor del primer ruído doble como signo de riñón granuloso, no es tan grande como suele creerse. El ruído doble se produce durante el sístole ventricular; no puede ser debido, por lo tanto, á un ruído sistólico interpuesto, como aseguran Potain y otros autores. Es de creer que el ruído doble es causado por una falta de sincronismo en el acto de ponerse en tensión las válvulas tricúspide y mitral; esto indica un trastorno en la relación que existe normalmente entre la presión intraventricular en el lado derecho y en el izquierdo respectivamente. Las afecciones en que se observa este ruído doble, son favorables á esta conclusión. En el enfisema, en la regurgitación mitral y en la anemia, está elevada la tensión pulmonar, lo que aumenta la resistencia que tiene que vencer el ventrículo derecho; la enfermedad arterial y la estenosis aórtica oponen resistencia al paso de la sangre del ventrículo izquierdo. En los grados avanzados de estenosis mitral, el primer ruído jamás se oye doble, á pesar de lo elevado de la tensión pulmo-

nar. Respecto al pronóstico, la existencia del ruído doble no debe considerarse como prueba de la debilidad cardíaca, porque ha observado este síntoma en algunos enfermos durante más de un año sin variación alguna.

El Dr. *Seymour Taylor* dijo que el ruído doble puede observarse en corazones enfermos y sanos. En el caso de enfermedad, el primer ruído doble va acompañado de otro segundo, doble también. El último se oye mejor porque va acompañado, porque es más puramente valvular y no se confunde con el ruído muscular. En los casos de envenenamiento por el plomo, suele haber lesiones renales, esclerosis arterial, que hacen que los movimientos de las dos mitades del corazón no sean sinclónicas.

El Dr. *A. Morison* manifestó no haber observado el primer ruído doble con la frecuencia que indica el Dr. Lockwood, ó asociado á lesiones cardíacas graves. Debe considerarse como un sístole prematuro con diástole prolongado, y lo ha visto presentarse á menudo á causa de los cambios de posición. La causa de este primer ruído es el choque de la sangre del ventrículo contra la contrapresión de la sangre aórtica.

El Dr. *Phear* dijo que puede haber regurgitación á través de una válvula defectuosa y, sin embargo, oirse los ruídos de tensión, que son independientes de la oclusión efectiva. El pronóstico del primer ruído duplicado no es grave porque se observa en personas que, al parecer, disfrutan buena salud.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 5 de Noviembre de 1902.

Hematocele paratubario.—El Dr. *Sampson Handley* dijo que el hematocele enquistado, con un saco fibroso que obtura el orificio de la trompa é independiente en las vísceras, aunque á veces adherido á ellas (hematocele paratubario), fué descrito primeramente por Sænger y Taylor. Es más frecuente de lo que suele creerse, porque el saco se confunde muchas veces con una porción de la trompa. Su cápsula se compone de tejido fibroso, no de fibrina. Sænger y Taylor describieron como peritubarios todos los hematoceles enquistados debidos á la hemorragia de la trompa. El objeto del Dr. Sampson es demostrar que la rotura tubaria puede producir un hematocele enquistado adherido á la trompa y que cierra la rotura de su pared. Semejante hematocele no es peritubario, sino más bien paratubario. El saco puede confundirse con una parte de la trompa. Estas afirmaciones se fundan generalmente en el examen del ejemplar núm. 2480 del Museo del Hospital de Santo Tomás, extirpado por el Dr. Cullingwort, y descrito en el Catálogo como hematosalpingitis sacciforme. La enferma tuvo durante once semanas amenorrea, que fué seguida de hemorragia vaginal y dolores recurrentes durante los tres meses que precedieron á la operación. Había una tumefacción elástica en el seno de Douglas; los apéndices derechos no ocupaban su sitio normal; se diagnosticó mola tubaria derecha y la enferma fué operada con éxito. El ejemplar se presentó á una Comisión de la Sociedad de Obste-

tricia, pero fué imposible dar una opinión exacta sobre su naturaleza. Examinado de nuevo el ejemplar se descubrió una rotura curada en la pared donde estaba adherido el saco sanguíneo. La pared de éste no contenía tejido muscular y se asemejaba por completo á la de un hematocele peritubario compuesto de tejido fibroso organizado de linfa peritoneal, no de fibrina. Esto invalida la suposición de que la pared de la trompa influye sobre la formación de la pared del saco sanguíneo.

En la literatura se cita un caso de hematocele paratubario en una forma modificada (parte de la mola se hallaba en el saco de hematocele y parte en la trompa), y otros dos de formas intermedias entre el hematocele peritubario y el paratubario típico que se describe. Parece probable que la hemorragia lenta que forma un hematocele enquistado se produzca *pari passu* con la formación del saco. Sin embargo, la distensión aneurismática del saco al desarrollarse altera continuamente las relaciones de las superficies peritoneales contiguas de las que deriva, las separa y explica, para el tumor inexplicable de otro modo, la individualidad del hematocele. La linfa que se derrama en el acto de la rotura, en vez de formar bridas ó membranas se distiende y forma un saco completamente esférico que encierra la sangre. El Dr. Handley cree que este producto de presión flúida merece el nombre de *dinamocele*.

El Dr. *Eden* manifestó que el caso referido por el Dr. Handley le recuerda un ejemplar que tuvo en su poder más de un año y que tenía gran semejanza con el descrito con el nombre de hematocele paratubario. Se componía de una trompa de Falopio con una gran masa oval de sangre coagulada adherida con fuerza á la parte media de la cara interior. El orificio abdominal se hallaba obstruído. Había un ovario quístico adherido á la parte externa de la trompa. La masa de sangre coagulada tenía el carácter general de una mola tubaria, aunque no se descubrieron las vellosidades del corion. Se creyó que era un ejemplar de rotura tubaria, que la mola había salido á través de la rotura, quedando adherida á la trompa, y que la rotura curó después, restaurándose la pared. Al principio supuso se trataba de un caso análogo al del Dr. Handley, pero después ha ratificado su opinión primitiva. Cree que el Dr. Handley ha demostrado con toda claridad que el hematocele puede formarse alrededor del sitio de una rotura tubaria, de igual manera que se forma alrededor de la abertura abdominal. Niega que las razones expuestas por el Dr. Handley, para considerar el caso como de aborto tubario primitivo, sean concluyentes, porque aunque el huevo haya salido á través de la rotura y no por la abertura abdominal, esto no invalida la tendencia general del trabajo.

El Dr. *Cullingworth* cree que el ejemplar en que se funda el trabajo del Dr. Handley es difícil de explicar, pero se adhiere por completo á la explicación dada.

El Dr. *Bland Sutton* dijo que el trabajo del Dr. Handley es instructivo, porque estos focos enquistados de sangre, en relación con el embarazo tubario, han sido objeto de estudios minuciosos desde que Sænger y Taylor publicaron sus observaciones. El objeto principal del trabajo referido es demostrar que «el enquistamiento» de la sangre derramada lentamente después de la rotura de la trompa, puede ocurrir lo mismo que en los casos de

aborto tubario incompleto. El hecho de que en algunos casos no se ha conseguido descubrir la *mola*, se explica porque en ciertos ejemplares ésta es pequeñísima. En uno que presentó á la Sociedad, no excedía del tamaño de un guisante verde. En algunos de los ejemplares es fácil encontrar la mola durante la operación, ó puede estar incluída en el coágulo del hematocele enquistado. Conviene también tener en cuenta que las cápsulas extraordirias que rodean la sangre derramada en el caso de «aborto tubario incompleto» no necesitan sangre para su formación; cápsulas análogas se forman alrededor de los productos derramados por el orificio abdominal de la trompa en las salpingitis agudas.

El Dr. *Griffith* indicó estar conforme con la opinión general sustentada en el trabajo del Dr. Handley, pero cree que no es conveniente adoptar nombres distintos para las dos variedades de hematocele descrito, porque son en su esencia idénticos, aunque son producidos el uno por la abertura del orificio tubario, y el otro por la rotura de la pared de la trompa. Más necesario parece inventar un nombre para distinguir esta clase de hematoceles de los más voluminosos, formados por adherencias de los diversos órganos dislocados por los derrames de sangre. Los términos «peri» y «para» si tuvieran una significación definida, se limitarían á sus usos originales; «peri» significaría derrames de sangre, suero ó pus intraperitoneales y «para» extraperitoneales.

El Dr. *P. Horrocks* manifestó estar conforme con el Dr. Griffith en que la palabra «paratubario» da una idea de algo en el tejido celular del ligamento ancho cerca de la trompa. Uno de los problemas más interesantes planteados es el de la dinámica en la producción, é indudablemente según toda probabilidad, la hemorragia á través de la trompa rota en estos casos de hematocele paratubario, es no sólo poco abundante y lenta en producirse, sino que no penetra con libertad en la cavidad peritoneal, porque el peritoneo es el último que se rompe, y cuando lo hace, la sangre derramada ha tenido ya tiempo de coagularse y de formar una cápsula fibrinosa. En la variedad peritoneal hay probablemente algo de linfa alrededor del orificio abdominal de la trompa, la que sustituye al peritoneo y hace el mismo oficio que éste en el hematocele paratubario.

El Dr. *P. Handley* dijo contestando al Dr. Bland Sutton que cree puede formarse un saco análogo independiente de linfa peritoneal alrededor de un apéndice vermiforme abierto, y que los casos descritos con el nombre de «fibroides de la trompa de Falopio» quizá procedan de hematoceles paratubarios antiguos y fibroideos.—(*Britich Méd. Journal*).—F. Toledo.

COMITÉ INTERNACIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Conferencia de otoño celebrada en Berlín del 18 *al* 26 *de Octubre de* 1902.

Medidas que se deben tomar contra la propagación de la tisis en los talleres, escritorios, etc. — El Dr. C. Flügge (de Breslau): Analizando el polvo que se encuentra á un metro ó metro y medio del suelo, sobre los muebles, los salientes de los muros, los respaldos, etc., de locales frecuentados por gran número de personas entre las que se encuentran tísicos, como, por ejemplo, las salas de espera de las estaciones, las oficinas, los talleres, etc., se ha notado casi siempre la presencia de bacilos tuberculosos infecciosos. El número restringido de datos positivos, se explica por el hecho de que los esputos no pueden sino muy difícilmente transformarse en átomos secos, tan ténues que revoloteen fácilmente á la altura del hombre y puedan quedar suspendidos y mantenerse á esas alturas.

Estas partículas que quedan tan fácilmente suspendidas en el aire, provienen sobre todo del roce de los pañuelos y vestiduras manchadas por las más pequeñas proyecciones salivares, que en seguida se secan, tales como las que se producen al enjugarse la boca con la mano después de haber tosido.

La vitalidad de los gérmenes contenidos en este polvillo que queda suspendido en el aire, es al parecer limitada.

Prohibiendo escupir en el suelo y recogiendo la expectoración en escupideras y en escupideras de bolsillo, sólo se pone á cubierto de bacilos flotantes el aire de un local de un modo incompleto. Mucho más importante es velar para que los tísicos cambien de pañuelo una vez al día, lo menos, porque de él se sirven siempre para enjugarse la boca después de escupir y aun á veces para recoger algún esputo.

Mejor sería aún usar cada día varios pañuelos de papel y quemarlos en seguida de usarlos. Además, hay que cuidar de la limpieza de las vestiduras y desinfectarlas en caso necesario.

La segunda causa de la presencia de bacilos tuberculosos en suspensión en el aire respirable, es el esparcimiento de gotitas proyectadas por la tos. La cantidad de estas últimas varía mucho, según el estado de la enfermedad, el género de tos, etc. La mayor parte son incapaces de mantenerse en el aire á más de un metro de distancia horizontal al ser proyectadas.

Para evitar este peligro, es preciso cuidar de que en lo posible, el tísico no tosa fuerte y con la boca abierta, y que durante los accesos de tos se mantenga alejado de las demás personas, lo menos la longitud de un brazo, volviendo la cabeza, y con la mano ó pañuelo delante de la boca.

En los talleres, oficinas, etc., cada obrero debe estar separado de su vecino por una distancia mínima de un metro.

En cuanto á los empleados sentados en los escritorios, es útil separarlos, si están colocados uno en frente de otro, por un tabique de cristal que rebase su cabeza lo menos en 50 centímetros; lo mismo conviene separar á los obreros que trabajan uno al lado de otro por paredes transversales.

Elementos para una discusión acerca de la tuberculosis infantil. — El doctor Andvord (de Cristianía):

a) Resultados de las investigaciones patológicas, anatómicas, estadísticas, epidemiológicas y clínicas de estos dos últimos períodos decenales, relativos á la frecuencia, desarrollo y estados de los procesos tuberculosos.

b) Cómo es necesario reconocer cada vez más, que la época en que contraen la tuberculosis la mayoría de los enfermos, es en la infancia y en la juventud.

c) Cómo es, sin duda alguna, mucho más largo de lo que se creía antes, el intervalo entre la infección primordial y el comienzo de la enfermedad.

d) Necesidad de reconocer una y otro. Importancia de este estado latente y de la disposición constitucional.

Conclusión: *a*) Si en realidad en 8 ó 10 casos el individuo lleva en sí la infección tuberculosa desde su infancia, los niños deben ante todo ser protegidos contra la infección bacilar. De aquí la importancia considerable de los Sanatorios, que alejan á los niños de tantas fuentes de contagio.

b) El deber profiláctico, durante y después de la edad de la pubertad, no es sólo el de prevenir la infección, porque con frecuencia el joven ya está infectado, sino, además, tratar de impedir la disposición eventual á infectarse entonces, ó á que esta infección se desarrolle; por esta razón se deberían acomodar al tratamiento actual en los Sanatorios del todo, ó al menos en sus principios, en aquello que atañe á la profilaxis dentro y fuera de casa, más que lo que se hace hasta el presente.

En esto está uno de los más importantes deberes de la higiene escolar.

Necesidad de una insignia internacional.—El Dr. G. Bersiron (de París): A la lucha en común emprendida por la Beneficencia pública y privada en contra de la tuberculosis, le falta un estandarte. Es preciso un signo de contraseña que permita, lo mismo á los soldados que á los jefes de esta pacífica cruzada, reconocerse y contarse.

Nuestro Comité extiende sus ramificaciones al seno de todos los pueblos, y sus numerosas obras de socorro, bien agrupadas en federaciones ó bien aisladas en los diferentes puntos de los distintos países, se han impuesto la tarea de levantar los heridos de los diarios combates económicos.

Lanzados á la conquista del pan, siempre enfrente de las dificultades de la vida material, son numerosos los desgraciados que caen, desfallecidos, heridos por la tuberculosis, en plena vida productiva; numerosas son las familias víctimas, de rechazo, del terrible azote.

Es preciso que nuestra insignia, flotando por encima de las fronteras, emblema de la solidaridad de los pueblos enfrente de la enfermedad y de la muerte, venga á traer consuelos y ayuda á los unos y á dar á los otros esperanza.

Yo os propongo, Señores, adoptar «la doble Cruz-Roja».

Marcada en la esquina del pabellón nacional, esta insignia es sencilla. Nos servirá en todas partes de lazo de unión. Y si nos es difícil venir todos los años á Berlín, por lo menos los ausentes podrán encontrarse en los diferentes Congresos, reunirse, deliberar y someter después el resultado de sus estudios, filantrópicos ó científicos, á la reunión anual del Comité Internacional.

La doble Cruz-Roja, signo de paz y armonía fraternal, diseminará por el mundo nuestra activa propaganda, la desenvolverá y fortificará nuestra acción. Ella será un paso más hacia una amistad recíproca y hacia la paz universal.

Como la Cruz de Ginebra, que tiene la utilidad de recordar inolvidables servicios, la doble Cruz-Roja, símbolo pacífico, vendrá á su hora á repetir á los hombres que todos son hermanos, y que su interés común, como también su primero y estricto deber, es el dedicarse á aquellos, de entre ellos, que sufren.

Señores, aquí está el Estado mayor del ejército antituberculoso; vuestras cohortes están llenas de celo y de alegría, escoged la bandera de nuestra solemne alianza, bajo cuyos pliegues vais á continuar gastando vuestra bienhechora energía.

Marcad con ella las conquistas que hagáis cada día, y vuestra marcha por el mundo será una marcha triunfal que detendrá, poco á poco, la invasión de la enfermedad que nos diezma; una marcha triunfal que secará las lágrimas de la humanidad herida, sin jamás hacerlas correr (1).

De la declaración obligatoria de la tuberculosis. — El Dr. Andvord (de Christiania): *a*) En Noruega ha sido establecida por la ley del 8 de mayo de 1900, la declaración obligatoria de las enfermedades de índole tuberculosa, que produzcan secreciones susceptibles de ocasionar el contagio. Esta ley entró en vigor el 1.° de enero de 1901. El deber incumbe al médico de cabecera, y la declaración se hace al Presidente del Comité de Higiene pública, que siempre es un médico, sea el médico titular de la localidad ú otro designado á este efecto por la dirección médica.

b) La declaración obligatoria tiene por objeto asegurarse de la limpieza y de la prudencia, en cuanto á la expectoración de los enfermos, la desinfección después de la muerte ó el cambio de domicilio, así como el tener al corriente á las autoridades de higiene pública sobre los estragos de la enfermedad en las diferentes circunscripciones.

c) El disgusto que se temía causar á ciertos enfermos por la declaración no ha ocasionado grandes dificultades en general, según nos hemos podido dar cuenta hasta el presente.

d) Los resultados estadísticos no serán conocidos hasta que esté terminado el examen de las declaraciones hechas en 1901.

Del seguro obligatorio en la lucha contra la tuberculosis y del seguro mutuo voluntario.—El Dr. F. Dumarest: La perfección y prosperidad de la organización antituberculosa alemana, son los resultados del seguro obligatorio.

En los países como Francia en que es diferente la legislación, ¿cómo se puede concebir y por qué medios se puede emprender la defensa social contra la tuberculosis, fuera de la acción insuficiente de la caridad y de la quimérica intervención del Estado?

En Francia existen bajo el nombre de Sociedades de socorros mutuos, todo un sistema de seguros voluntarios, que rige una ley especial.

Dentro de los términos de esta ley, bastaría una armonía entre las Sociedades que financieramente encontrarían su interés para que fuera posible la

(1) Esta insignia fué adoptada. En el Boletín la daremos á conocer.

creación y sostenimiento de numerosos Sanatorios regionales para la clase trabajadora. Este sistema, no diferiría de la organización alemana, sino por la sustitución de la mutualidad voluntaria á la obligatoria.

Esta concepción sería todavía más perfecta y más práctica, si se introdujese en la ley el principio de la obligación del seguro de enfermedad, según ya se ha hecho en Suiza.

Es de presumir que las asociaciones mutuas están llamadas en Francia á jugar un gran papel en la lucha antituberculosa.

Del pronóstico en la tuberculosis. Necesidad de unificación en las estadísticas. —El Dr. Charles Turbau (de Davos): Está probado que el pronóstico de la tuberculosis pulmonar depende, en primer lugar, de la extensión de la enfermedad en los pulmones.

Para los trabajos científicos comparativos sobre las diferentes marchas de la enfermedad y para aquellos que tratan de las influencias internas y externas, tales como la raza, el clima, la civilización, etc., y notablemente el tratamienso, es necesaria la más sencilla clasificación relativa á la intensidad y extensión de la enfermedad.

La división en tres estados propuesta por el autor en 1899.

1.° Invasión ligera de un pulmón;

2.° Invasión ligera de los dos pulmones ó enfermedad grave de uno solo;

3.° Todos los estados de la enfermedad más graves que los indicados en el segundo grado.

Ha sido adoptada por la mayor parte de los autores, pero su empleo debería ser más general y servir de base á la armonía internacional.

Para esto se impone la unificación de las estadísticas relativas á los diversos estados físicos de los pulmones, lo mismo de la unificación de la ciencia técnica de los exámenes físicos.

Importancia de la refractariedad orgánica contra la tuberculosis y medios útiles para desarrollarla. — El Dr. *E. Maragliano* presenta las siguientes conclusiones:

1.ª El fin ideal de la lucha científica contra la tuberculosis, es mantener y hacer al terreno orgánico refractario á la tuberculosis.

2.ª Los conocimientos actuales sobre los medios normales de defensa del organismo contra la tuberculosis y sobre la posibilidad de aumentarlos y crearlos, hacen hasta cierto punto posible ayudar al organismo á mantener y aumentar la refractariedad natural.

3.ª Será muy útil aconsejar y encomiar la creación y organización de Institutos científicos que proporcionasen gratuitamente los medios necesarios para la inmunización, y que al mismo tiempo se encargasen de aplicarlos. Estos Institutos podrían también rendir un gran servicio al tratamiento de la tuberculosis, prestándose á hacer gratuitamente las investigacisnes necesarias para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

Estado de la lucha tuberculosa en Noruega. — El Dr. Eward Kaurin: En Noruega, el interés para la lucha antituberculosa es muy grande y sin cesar creciente. En 1897 entró en actividad el primer Sanatorio popular del país (Reknäs, cerca de Molde). En el presente otoño se abrirá el segundo gran Sanatorio popular Lyster, en la provincia de Sogus, y próximamente un tercer Sanatorio popular será erigido en la parte meridional del país. Toda-

vía existen, además, varios Sanatorios privados, para tuberculosos, entre los cuales el mayor es el de Grefsen, cerca de Christianía. Para los niños escrofulosos funcionan dos Establecimientos sostenidos por el Estado, el uno en el Sur y el otro en el Oste de Noruega. Ocúpanse también de construir en todo el territorio Establecimientos más pequeños para cuidar y aislar los casos incurables de tuberculosis pulmonar. Para su construcción y funcionamiento se reunen donativos, y la buena voluntad se muestra generosa en muchos puntos. La ley relativa á la tuberculosis, promulgada el 8 de mayo de 1900, tiene un efecto muy favorable: como es sabido, esta ley ordena que cada caso tuberculoso debe ser aislado y declarado.

Valor de las curas de aire de la Cruz Roja para la lucha contra la tuberculosis considerada como enfermedad del pueblo.—Los Dres. Wolf Becher y Rudolf Lennhoff (de Berlín): Las observaciones determinantes siguientes, relativas al papel de las curas de aire de la Cruz Roja de Berlín, en la lucha contra la tuberculosis considerada como enfermedad del pueblo, resultan de experimentos hechos durante estos tres últimos años:

1.ª En las curas de aire son cuidados numerosos pacientes tuberculosos, designados para el tratamiento en los Sanatorios cerrados y aun antes de esperar su admisión en esos Establecimientos. Los enfermos pasan este período de espera en las curas de aire. Allí son incomparablemente mejor cuidados que en sus casas. Es la mejor manera de evitar que su estado se agrave, lo que tan frecuentemente sucede durante este período de espera.

2.ª Entre los pacientes de las curas de aire, encuéntranse muchos que ya han estado en un Sanatorio y que tienen que renunciar á un nuevo tratamiento sanatorial; otros enfermos, al salir del Sanatorio, van á las curas de aire para hacer otra complementaria. En estos dos casos (párrafos 1.° y 2.°), las curas de aire constituyen un complemento de los Sanatorios.

3.ª Entre los tísicos que visitan las curas de aire, se puede fácilmente conocer aquéllos que, según toda probabilidad, les será favorable el tratamiento en un Sanatorio. Por consiguiente, las curas de aire sirven para la selección de enfermos que han de enviarse á los Sanatorios.

4.ª Las curas de aire aceptan tísicos de todos los grados, lo mismo que enfermos muy graves. Son al mismo tiempo asilos para los tuberculosos incurables.

5.ª Las curas de aire ofrecen á los enfermos una ocasión muy favorable de instrucción y de educación, relativas á las medidas que se deben tomar contra la transmisión de la tuberculosis.

6.ª Los resultados de los cuidados dados en las curas de aire á una parte de los tuberculosos (la cura de verano hace á los enfermos capaces de trabajar durante el invierno), prueban que las curas de aire tienen un valor no despreciable como establecimientos de curación.

7.ª Una de las ventajas de las curas de aire es la de ser poco costosas de establecer.

De la importancia de la prefilaxis en el curso de los estados de convalecencia.—El Dr. Derecq (de París): 1.° Todo organismo que haya sufrido una enfermedad de orden médico ó quirúrgico, debe ser considerado en un estado de particular receptividad en frente del bacilo de Koch.

2.° Los estados de convalecencia son poco y rara vez atendidos por el

médico, desde el punto de vista higiénico y profiláctico. Se tiene la costumbre de dejar á la naturaleza reparar los desastres consecutivos á las enfermedades que sin darlo á entender, ponen el estado general de los enfermos en condiciones de inferioridad.

3.° Entonces, convalecientes indemnes de todo rastro tuberculoso, que con un poco de circunspección no corrían el riesgo de exponerse á la contaminación, son infectados, sea en las familias, en los asilos de convalecencia, en los talleres, en los caminos de hierro, etc.

Necesidad de crear establecimientos de observación intermedia entre el dispensario y el sanatorio. — El Dr. Camilo Savoire (de Paris): 1.° Los médicos de dispensarios antituberculosos ó policlínicas, que tienen que examinar cada día un gran número de enfermos y no disponen de locales apropiados, no pueden hacer sino un examen sumario, limitándose al solo diagnóstico de tuberculosis sin determinar exactamente la marcha y carácter de la afección.

2.° Estos dos últimos factores, sólo pueden determinarse por un estudio profundo del enfermo y el examen repetido y completo de sus funciones.

3.° A este efecto, el enfermo reconocido como tuberculoso, debería ingresar en un establecimiento especial donde residiera unas tres semanas, para ser examinado á diario, desde el punto de vista general y sometido á pruebas bacteriológicas y al examen de especialistas, á fin de determinar exactamente la marcha de su padecimiento.

4.° El enfermo sería enviado después, bien al sanatorio, bien al asilo, según el resultado de los exámenes que hubiera sufrido.

Medidas profilácticas para los obreros.—El Dr. Freund (de Berlín): 1.° La defectuosa instalación de los talleres y particularmente su falta de aire y luz, la respiración del polvillo de la madera, del metal y de la piedra, provocan el nacimiento y desarrollo de la tuberculosis. La insuficiencia de las horas de reposo durante el trabajo, y la demasiado larga duración de la jornada, sobre todo, en el aire confinado de los talleres, tienen las mismas nocivas consecuencias.

2.° La vuelta al trabajo, en estas condiciones, del obrero que ha terminado su cura, perjudica al éxito de su curación y muchas veces compromete y anula el valor de su tratamiento.

3.° Para que sea eficaz la lucha antituberculosa emprendida por las instituciones de seguros contra el estado de inválido, en la acción profiláctica contra la tisis, es indispensable tomar las medidas necesarias para separar las influencias nocivas á la salud del obrero, que resultan de las condiciones de su trabajo, ó por lo menos, atenuarlas todo lo posible.

4.° Con este objeto se debían tomar disposiciones legislativas relativas á las prescripciones profilácticas contra la enfermedad, análogas á las que dan las instituciones de seguros sociales, relativas á la preservación de accidentes.

5.° La institución de estas medidas profilácticas, no podrá ser eficaz por completo hasta que, la separación que actualmente existe entre la organización del seguro enfermedad y de invalidez, sea suprimido y el seguro invalidez esté también encargado de la influencia enfermedad.

La lucha contra la tuberculosis no debe degenerar en lucha contra el tuberculoso.—El Dr. Saugmau (de Dinamarca): El conocimiento de la posibilidad

de la infección tuberculosa, por las gotitas que se reparten por el airè al toser, ha causado en el público un temor exagerado, perjudicial y poco en relación con los medios tan sencillos que están indicados para preservarse.

La infección, causada por estas partículas ó gotitas, no está probada en el hombre. Por el contrario, la mínima mortalidad observada entre los médicos especialistas de las enfermedades del pulmón y de la garganta, hace presumir que es poco considerable la infección para los adultos.

En su consecuencia, á parte de la frecuencia de la infección en la primera edad y de la facilidad de que se verifique por el tubo digestivo, nos parece de dudosa utilidad fomentar el temor al contagio en el público, recomendándole medidas preventivas como los tabiques de separación en los talleres y oficinas, recomendado por Pflügger.

¿Deben funcionar todo el año los sanaterios para tuberculosos? — El doctor Gabrilowitch (de Halila): *A*) Los sanatorios para tuberculosos requieren cuidados especiales, en lo referente á su construcción, á la parte técnica y á la parte médica.

1.° Una completa desinfección y una limpieza á fondo del establecimiento, no son posibles, sin que lo hayan evacuado completamente, los acogidos que hubiera.

2.° El perfecto funcionamiento de las calderas, máquinas, tubos de la canalización, cañerías del agua y limpieza de los depósitos de ésta, sólo es posible, examinándolos cuidadosamenne y reparando los desperfectos cada año.

3.° El personal médico y de enfermeros debe estar franco de servicio y descansar durante algún tiempo.

B) Por consecuencia, los sanatorios para tuberculosos deberían estar cerrados dos ó tres meses todos los años, durante el verano.

Importancia de los Sanaterios á domicilio en la lucha contra la tuberculosis. — El Dr. S. von Unterberger: 1.° No es de temer el contagio de la tuberculosis en los hospitales.

2.° Jamás poseeremos suficiente número de Sanatorios, y jamás querrán y podrán ir á ellos todos los tuberculosos.

3.° Los Sanatorios á domicilio pueden instalarse de un modo sencillo y barato en los hospitales y habitaciones particulares, y muy bien pueden reemplazar á los grandes Sanatorios.

4.° Los resultados del tratamiento por los Sanatorios á domicilio, no son inferiores á los obtenidos en los Sanatorios populares.

5.° Por la instalación de Sanatorios á domicilio en cada hospital, llegará á haber en breve un gran número de especialistas en tuberculosis.

6.° El diagnóstico precoz de la tuberculosis crecerá en razón directa del número de médicos preparados para esta tarea por estudios especiales.

7.° La fundación de numerosos Sanatorios á domicilio es el medio por el cual se generalizará más pronto la noción del vivir higiénicamente, sin la que es imposible una lucha eficaz contra la tuberculosis.

Hospitales y estancias para los tuberculosos. — El Dr. Von Leube (de Wurzbourg): Pocos han sido relativamente los tuberculosos que hasta ahora han obtenido beneficios de esta asistencia, cuyo desarrollo se acrecienta en todas partes.

Para volver en contra de este estado de cosas, se debería:

a) Erigir hospitales para tísicos á costa de la municipalidad, en lugares sanos y arbolados, si fuera posible, y todo lo más cerca de las ciudades.

b) Erigir estancias para tuberculosos en pabellones especiales en todos los hospitales. Al construir nuevos hospitales, es preciso insistir sobre este punto y cuidar de que estos pabellones estén colocados al Sur y en el límite del terreno donde se construya el hospital. Además, hay que reservar una gran porción de terreno con galerías de curación, colocadas cerca del pabellón de los tuberculosos.

De las medidas tomadas en Basilea para combatir la tuberculosis infantil.— El Profesor F. Egger (de Basilea) : *a*) Profilaxis. Medidas generales. Establos. Cuidados durante las vacaciones. Establecimientos para niños convalecientes. Asilos para los hijos naturales.

b) Tratamiento de la tuberculosis infantil. Hospital de niños. Sanatorio para niños en Langenbruck.

Conclusiones : Como quiera que la tuberculosis infantil suele manifestarse bajo formas, para las que el tratamiento no puede servir de nada, por regla general, de aquí que sea de la mayor importancia la mayor profilaxis posible.

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar en los establecimientos, debe comenzar desde las primeras manifestaciones, según se hace en los adultos. Los niños con formas cerradas de tuberculosis, pueden, sin inconveniente, ser cuidados en los asilos de convalecencia. Los que sufran tuberculosis abiertas (pulmonar, ósea), deben aislarse en establecimientos especiales.

Sección de la liga nacional contra la tuberculosis. — El Dr. L. van Bogaert (de Anvers) : Historia. Sus comienzos. Sus deberes. Su tiempo. Su fin.

Funcionamiento.—1.° Los medios de propaganda.

2.° Los resultados ya obtenidos.

a) Instrucción social, profilaxis;

b) Dispensario antituberculoso;

c) Quinta marítima para tuberculosos.

3.° Para el porvenir : Sanatorio.

Recursos : cuotas de los miembros. Su número. Subsidios y ayuda de la administración comunal y del Negociado de Beneficencia de la ciudad de Anvers. Concursos generosos. Demanda de subsidios al Consejo provincial y Cámara de los Diputados. Respuestas recibidas :

Porvenir y deseos. Intervención de los poderes públicos. Ayuntamiento, Gobierno de la provincia en la lucha contra la tuberculosis en Bélgica. Comparación de lo que se ha hecho en Bélgica y en los otros países.

Lugar ó papel de la prensa en nuestra sección. Comunicación de los diversos artículos de diarios que han aparecido en nuestra provincia de Anvers. Explicaciones necesarias.

Segundo Dispensario antituberculoso provincial. Calle de San Antonio, número 83, en Anvers.

Historia. Objeto. Profilaxis y ciencia. Organización; gran autonomía.

Funcionamiento.—1.° Número de enfermos.

2.° Socorros dados á los enfermos.

3.° Gastos.

4.° Recursos.

A) Obtenidos :

a) Subsidio de la ciudad de Anvers, 8000 francos.

b) Generosidad ejemplar del Negociado de Beneficencia de Anvers;

c) Caridad privada. Subscripciones en dinero y en especies. Colectas hechas en las festividades. Organización de representaciones teatrales y conciertos de caridad. Tómbolas. Peticiones á los novios. Cincuenta cajas en los cafés, casas de comercio y habitaciones de los médicos y de los farmacéuticos.

B) Pedidos pero no obtenidos:

a) Provincia: subsidio acordado desde luego; su destino ulterior.

b) Demanda de subsidio al Ministro; la respuesta.

5.° Información social.

a) Domiciliaria.

b) En el Dispensario.

6.° Desinfecciones en general, dificultades encontradas en todas partes.

7.° Servicio médico y técnico. Resultados. Votos por emitir en la Conferencia. — A. Espina.

(El Dr. Espina leyó un trabajo que publicaremos íntegro en el número próximo).

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 24 *de Octubre de* 1902 (1).

Combinación de varios vicios congénitos.—El Dr. Otto Halász: Aquí presento un niño de cinco días que tiene labio leporino, fisura palatina, acortado en 2 centímetros el antebrazo derecho, subluxado el codo, contraído el antebrazo en supinación y la mano derecha sin los dedos anular y meñique. Los dos piés son zopos. No hay ningún antecedente hereditario y de los siete hermanos del niño ningún otro nació con vicio congénito.

Pénfigo del recién nacido. — El Dr. Siegfried Weiss: Aquí presento un niño de dieciséis días con pénfigo, que se halla en principio de curación. Así como en la generalidad de los casos sólo se l evanta la epidermis en la zona de las ampollas, en el caso actual se exfolia en mucha mayor extensión, pareciéndose en esto á la dermatitis exfoliativa de Ritter.

Localización rara de un tumor encefálico.— El Dr. Hermann Schlesinger: Un muchacho de dieciséis años ingresó en el hospital hace seis semanas con una parálisis completa de las ramas bucales y frontales del facial derecho, parálisis del recto externo del ojo derecho y parálisis visual del recto interno del ojo izquierdo, la cual es mucho menos marcada cuando convergen los dos ojos. El paciente tenía á veces algo de dolor de cabeza y deseos de vomitar, pero no había estancación papilar ni ningún otro fenómeno cerebral general ni local. Lo que sí llamaba la atención era que la vejiga se llenaba de orina hasta contener un litro sin que el sujeto sintiera la necesidad de evacuarla. En la última semana disminuyó la paresia del recto interno del ojo izquierdo, y, en cambio, se paralizó el recto externo del

(1) Primera del curso actual.

mismo lado y se presentaba nistagmus cuando se intentaban movimientos laterales del globo ocular. En el facial izquierdo se iniciaba la reacción de degeneración; al golpear el nervio se provocaba una contracción perezosa del labio superior. La zona del trigémino derecho está un poco hiperestesiada. El desarrollo de la lesión ha sido bastante rápido. No hay fiebre y el tratamiento antisifilítico ha sido ineficaz.

Como están interesadas las tres ramas del facial derecho, la lesión debe radicar en el núcleo de las mismas ó más hacia la periferia. La parálisis del recto externo de un lado y del interno del opuesto, nos indica que la lesión debe radicar en el fondo de la fosa romboidal, la región del casquete (lado derecho) de la parte más periférica del puente, del lado espinal del comienzo del acueducto de Sylvio. Como no existe sífilis ni ningún proceso inflamatorio ni vascular, debe tratarse de un tumor (probablemente un glioma). Los tumores en el sitio mencionado no son muy frecuentes, pero tienen caracteres comunes que permiten establecer bastante pronto su diagnóstico.

Yo he visto varios casos de este género y poseo preparaciones de algunos. En un caso, relativo á una anciana, el cuadro clínico era igual al del caso presente, y en la autopsia se encontró un tumor de la región del casquete del segmento externo del puente, en el lado derecho. El tumor formaba convexidad en el suelo del cuarto ventrículo. Además de los núcleos de los nervios sexto y séptimo, estaba gravemente lesionado el haz longitudinal posterior.

Lesiones cutáneas producidas por el ácido sulfúrico. — El Dr. Haberer: Aquí presento un sujeto de veintiocho años que sufrió hace seis meses varias cauterizaciones con el ácido sulfúrico al estallar el recipiente que contenía este líquido. De resultas del accidente, falta la piel de todo el lado derecho de la cara, de la mayor parte del lado izquierdo del cuello y de la nuca y en su lugar hay superficies granulosas. En el cuero cabelludo se ven cicatrices extensas. El ojo derecho, sus párpados, la oreja y una gran parte del ala de la nariz del mismo lado, están completamente destruídas y lo mismo acontece con el párpado superior izquierdo y una gran parte del inferior. A consecuencia de ello, se alteró gravemente el ojo respectivo, de tal suerte, que el enfermo sólo distingue con él la claridad, pero no puede contar los dedos.

También el ácido sulfúrico salpicó el cuerpo y produjo quemaduras que han dejado en pos de sí cicatrices y superficies granulosas.

El tratamiento tiene que consistir en operaciones autoplásticas extensas, de las cuales la más difícil será seguramente la que se necesita para restaurar el párpado superior izquierdo.

Un caso de sífilis con particularidades poco comunes.—El Dr. Hermann: Aquí presento fotografías y radiografías de un sujeto que vengo observando desde hace trece años. En el año 1879, cuando tenía diecinueve, enfermó de pericarditis, que ocasionó adherencias de las hojas del pericardio y fué causa de que el paciente no hubiese podido dejar el lecho hasta que le sometí á tratamiento en 1889. En 1885 se presentaron en la fosa supraclavicular «abscesos glandulares» que se abrieron, convirtiéndose en úlceras, las cuales habían sido calificadas de escrofulosas y tratadas con yodoformo. Este ocasionó un eczema muy molesto y entonces fué cuando el paciente fué so-

metido á mis cuidados. Teniendo la convicción de que se trataba de gomas ganglionares que se habían difundido después como gomas cutáneos por toda la mitad derecha del pecho, la región deltoidea y la del brazo, me propuse plantear un tratamiento antisifilítico.

Pensé en los gomas porque creo que son característicos de ellos la destrucción, á partir de un centro único de caseificación, seguida de abertura de la piel con bordes agudos de forma oval ó circular. En cambio, es característico de las infiltraciones escrofulosas la destrucción procedente de varios focos de caseificación, el adelgazamiento y flacidez uniformes de la piel, seguidos de una perforación múltiple y cribiforme ó bien dando origen á bordes dentellados é irregulares. A las seis semanas de un tratamiento antisifilítico local y general con mercurio y yodo habían cicatrizado las cicatrices y así han permanecido hasta el momento actual.

Después me refirió un pariente del enfermo que éste había sido criado por una nodriza sifilítica y había infectado á su vez á su madre. Al examinar al paciente encontré, además, una movilidad anormal por debajo del límite del tercio superior del húmero derecho, ó sea en el mismo lado en que estaban los gomas ganglionares. Era una verdadera pseudoartrosis que se había presentado sin grandes fenómenos clínicos, y después de una hinchazón previa del mismo lado. La radiografía demuestra que los osteofitos que se han desarrollado en el extremo periférico de la fractura, constituyen una especie de cavidad articular y, en cambio, en el extremo central, por el hecho de haberse redondeado éste se ha formado una especie de cabeza articular. A juzgar por lo que se ve en las autopsias, se desarrolló en este caso un goma central en la médula ósea que produjo, por de pronto la destrucción de las laminillas de la substancia esponjosa. Además, se han formado osteofitos que han sido perforados por los gomas, de tal suerte, que aparecen como una especie de filigrana en el hueso macerado. Si son también destruídos estos restos, el hueso se divide por completo en sentido transversal y se forma una pseudoartrosis.

Debo decir, por último que, á consecuencia de los años que el enfermo estuvo sin salir de la cama, se había desarrollado una atrofia por inactividad de todos los músculos, la cual se curó por medio del masaje, la electroterapia y la hidroterapia.

Procedimiento sencillo para dosificar la radioterapia. — El Dr. G. Holzknecht: Kienböck ha demostrado que la intensidad de la reacción provocada por los rayos X, es directamente proporcional á la cantidad de dichos rayos que ha sido absorbida. Fundándose en esto, ha ideado un método de dosificación que descansa en la apreciación de los factores físicos de que depende la cantidad de luz absorbida. La inconstancia del foco luminoso hace que este método sea muy difícil y que no se haya aclimatado en la práctica. Hasta ahora tampoco se conoce una medición instrumental directa de la cantidad de luz absorbida.

Ahora bien, yo he averiguado que hay sales que se tiñen de color con tanta más intensidad cuanto mayor es la cantidad absorbida de los rayos Röentgen. La más conveniente de dichas sales la he hecho emulsionar con un medio transparente, y esta emulsión la he dispuesto en forma de reactivos de diferentes matices, eligiendo como unidad (H) de luz radiográfica

aquella cuyo múltiplo de tres es suficiente para provocar en la piel de la cara una reacción ligera. Se aplica ahora el reactivo sobre la hoja de plomo que cubre la piel sana que está inmediatamente al lado de la que va á ser tratada con los rayos X, y se hacen obrar éstos hasta que el reactivo indique que han actuado el tiempo necesario. Una tabla que he trazado después de tres meses de ensayos, indica la cantidad de rayos X que se necesitan para producir en piel sana ó inflamada reacciones de primero á tercer grado y señala las dosis máximas.

Para la exactitud de la dosificación, importa poco que el instrumental sea bueno ó malo y que se maneje ó no con habilidad. Estos factores sólo influyen en la rapidez con que se alcanza la dosis deseada. El poco hábil necesita una docena de sesiones para lo que el hábil consigue en cinco minutos.

El método se recomienda por la facilidad con que se aprende y ejecuta, la posibilidad de su aplicación expeditiva y la imposibilidad de pasar de las dosis máximas. — (*Wiener Klinische Wochenschrift*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Empleo terapéutico del líquido ascítico. — El Dr. E. Degeyter ha publicado en la *Revista Médica de Chile*, un trabajo curiosísimo sobre el empleo del líquido ascítico en varias enfermedades. El líquido empleado procedía de un cirrótico alcohólico, y se usó á la dosis de 20 cent. cúb. durante cuatro días consecutivos sin consecuencias graves.

Neumonía y bronconeumonía. — Se empleó este tratamiento con éxito completo en 36 enfermos, 30 hombres y 6 mujeres; entre ellos 1 de setenta años, 4 de sesenta á sesenta y cinco y 3 de cincuenta. El delirio se calma, la expectoración se hace fácil y vuelve el sueño reparador. La resolución se ha hecho en la mayoría de los casos con marcada rapidez, y es tal vez lo que más llama la atención. Los enfermos soportan perfectamente las inyecciones, y en casi todos no ha habido necesidad de emplear otro remedio. A ninguno se ha puesto vejigatorio, y sólo en dos ó tres enfermos se ha recurrido á las aplicaciones externas de tintura de yodo con guayacol. En muy pocos se ha hecho uso de las inyecciones de estricnina ó cafeína, y un sólo neumónico ha tomado digital. A varios se les ha dado como bebida á pasto un poco de agua vinosa. Se ha empleado también el líquido ascítico en las siguientes enfermedades:

Bronconeumonía. — Los pocos casos que se han tratado de este modo han llegado á la curación completa.

Fiebre puerperal.—En un caso con temperatura de 40°, se pusieron dos inyecciones, pero la temperatura no bajó. Tampoco se consiguió que bajase la fiebre con las inyecciones de agua salada, con los lavados intrauterinos con lisol y alcohol, ni con el escobillonaje; la enferma sucumbió.

Fiebre tifoidea.—Se ha aplicado el suero en cinco enfermos. En cuatro la temperatura bajó al tercer día para no volver á subir. De esos cuatro, dos murieron, uno por meningitis tifoidea y otro por enteritis, que no se pudo

combatir con nada. En dos tifoideos, la enfermedad ha seguido su curso, sin obedecer al *serum*.

Coqueluche. — Se pusieron tres inyecciones en una niñita de cinco años. Con las dos primeras disminuyeron los accesos. Volvió después la tos con fuerza, y otra nueva inyección produjo alguna calma en la enfermita. Ultimamente estuvo en observación.

Se ha aplicado también el líquido ascítico en las heridas atónicas, en los chancros y adenitis supuradas. Como este líquido, además de ser estimulante, es de reacción alcalina, creo que puede influir de una manera benéfica en estas lesiones.

Dosis de los purgantes. — En una comunicación á la Sociedad de Ciencias Médicas de Lion, el Dr. Soulier ha manifestado que los purgantes se administran en general á dosis dos ó tres veces superiores á la necesaria para producir un efecto útil. El aceite de ricino se prescribe á la dosis de 30 gramos. El Dr. Soulier cree que 10 gramos purgan lo mismo que 30, á condición de administrarlo casi puro ó en cápsulas. Es necesario que el enfermo no tome cosa alguna en dos horas, excepto cuando hace una deposición. En este caso puede tomar caldo para favorecer la acción purgante. Para los purgantes salinos la dosis de 10 gramos es suficiente á condición de tomarlo en una pequeña cantidad de vehículo y observar las mismas precauciones que para el aceite de ricino. Para el aguardiente alemán, 5 gramos es una dosis suficiente mezclada con 15 gramos de jarabe de espino cerval.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

Nuevo tratamiento radical del hidrocele.—El Dr. A. Manson emplea contra el hidrocele el procedimiento siguiente, que tiene la ventaja de la rapidez y de la hemostasia instantánea. Hace una incisión de 6 á 8 centímetros ó menos, según el volumen del hidrocele é incinde las diversas capas hasta la vaginal. El líquido se ve por transparencia y la serosa se asemeja á una película delgada pronta á romperse. Aisla con el dedo ó con tijeras el tumor que se enuclea sin dificultad y le separa de las capas que le cubren y de los elementos del cordon. Abre la bolsa, encarga á un ayudante poner tensa la vaginal, que excinde entera con el termocauterio, calentado al rojo cereza, sin que se derrame una gota de sangre. El testículo, privado de la vaginal parietal, se introduce de nuevo en el escroto. No hay necesidad de desaguar, pero en vez de hacer un sólo plano de suturas con crin, es preferible hacer el primero con cuatro ó cinco hilos separados de catgut que comprendan las diversas capas situadas entre la piel y la vaginal para contener la exhalación sanguínea que produce la sección de los vasos, á veces bastante dilatados, que se abren al hacer la incisión vertical. De este modo pueden hacerse en el escroto suturas superficiales, para las que son muy útiles los corchetes de Michel. No hay reacción inflamatoria local, ni hinchazón, ni hematoma. A los doce días han podido los enfermos dedicarse á sus ocupaciones. El doctor Manson ha tratado así con éxito completo 12 casos.

(*Bull. Medical*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISION DEL PROBLEMA

DE

SANATORIOS PARA TUBERCULOSOS POBRES

POR EL

DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO (1)

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

SEÑORES: El alto honor recibido por mi nombramiento de individuo de este Comité, encargado de organizar de una manera definitiva é internacional la lucha contra la tuberculosis, me obliga á hacer algo que, si no corresponde á vuestra benevolencia, demuestra, por lo menos, mi entusiasmo por causa tan grande como necesaria.

La dificultad mayor de este trabajo ha sido la elección de tema. Creemos que teniendo la actual reunión de este Comité como principal objeto la adopción de medidas económicas, fáciles y aplicables á todos los países, teniendo en cuenta usos y costumbres de difícil desarraigo, agotada la discusión del contagio, adoptado por todo el mundo con más ó menos restricciones, los temas debían responder ya, á medidas ejecutivas para disminuir la morbilidad y la mortalidad por la tuberculosis.

Las facilidades, los recursos y, en algunos casos, la mayor ilustración de las clases elevadas para conseguir ventajas en la lucha contra la tuberculosis, nos han inducido á elegir un tema referente á las clases obreras necesitadas en ésta como en muchas cuestiones del auxilio y del consejo de los privilegiados de la fortuna.

Médico de hospital hace treinta años, y casi dedicado á la especia-

(1) Comunicación leída en la Conferencia de otoño del Comité central para la lucha contra la tuberculosis, celebrada del 18 al 26 de octubre en Berlín.

lidad desde igual fecha, comprendí, aun antes de estas nuevas cruzadas de la humanidad, que entre todos los enfermos hospitalizados, los más necesitados de una radical reforma eran los pobres tuberculosos. Parias aun dentro del desgraciado grupo de los otros enfermos, han vivido por muchos años olvidados y despreciados en las salas de enfermedades comunes. Su pretendida incurabilidad, su especial estado psicológico, haciéndoles antipático á los que le estorba la desgracia, y no se explican la irascibilidad y la tristeza propias de esta enfermedad, ha llegado el abandono hasta nosotros mismos, que solicitada nuestra atención por los casos urgentes, todos tenemos que culparnos de cierta indiferencia hacia estos desdichados.

Ha sido preciso el movimiento altruista del último tercio del siglo pasado para que el pobre tuberculoso haya encontrado su redención y hoy esté ya en condiciones tales que, por ese desequilibrio de las leyes históricas, haya pasado de aquellos punibles y vergonzosos abandonos, á la loable y humanitaria campaña que le han colocado sin duda alguna entre los enfermos más atendidos y cuidados. Tal vez se deba esto á una defensa egoista ó á un temor nacido de la horrible hecatombe ocurrida por la tuberculosis en la humanidad en este último tercio del siglo citado; pero altruista ó egoista, felicitémonos por la campaña cuyos resultados se ven ya tangibles en la disminución de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis en toda Europa.

Dado el primer paso é indiscutible ya la opinión de la hospitalización de los tuberculosos, era natural que naciera la idea de hospitales especiales, en una palabra, de Sanatorios. En la revisión de las ideas referentes á esta enfermedad, nacidas del concepto específico de su causa, todo ha cambiado, y la cura ó tratamiento por el aire libre, ha sustituído por completo á las erróneas ideas del confinamiento y de la respiración en el aire ya gastado de las antiguas alcobas y cuartos en que vivían muriendo los desdichados enfermos de pecho.

Los brillantes resultados del aire libre encaminaron á buscarle allí donde era más puro, y el tuberculoso fué en busca de su salud á la montaña, cuyo aire aséptico respondía á la necesidad de *á pulmón enfermo aire sano*, y los Sanatorios se anidaron en los más altos picos habitables de las regiones montañosas de toda Europa. Estos Sanatorios llenaron y llenan hoy necesidades que sólo puede satisfacer poco número de enfermos, quedando por resolver este problema en las clases pobres, en las masas obreras. Sueño irrealizable, ideal im-

posible de alcanzar por la triste realidad de los presupuestos, á todos los interesados en esta campaña nos ha preocupado y preocupa el problema de los Sanatorios para tuberculosos pobres, y hé aquí la razón de creer que en la primera reunión de este Comité debíamos tratar de bases fundamentales para los gobiernos, para las sociedades cooperativas, para las sociedades de socorros para el obrero, en una palabra, para las colectividades todas, que pudieran resolver este problema, sin soñar en la utopia irrealizable del Sanatorio caro, y mucho menos en casi todas las grandes poblaciones del Sanatorio de altitud, ideal del tratamiento, creando el Sanatorio de los tuberculosos con la mayor altitud posible, realidad necesaria, si hemos de conseguir la hospitalización en Sanatorios, de los tuberculosos pobres en las grandes ciudades.

Así como en todas las esferas cada siglo se marca con sello distintivo, pudiéramos asegurar que el siglo pasado, en el campo de la medicina se ha marcado por una transformación radical en lo que pudiéramos llamar su aspecto patológico, y entre las enfermedades que han adquirido mayor desarrollo se encuentra la tuberculosis.

Las luchas de nuestros días, la construcción de las poblaciones reducidas por el precio del suelo á aglomerarse y á crecer en altura las casas, el alcoholismo, la carestía de los alimentos, el excesivo trabajo y, sobre todas estas causas y otras muchas, el desconocimiento hasta el descubrimiento de Koch de la causa tangible y del proceso evolutivo del germen tuberculoso, hicieron en los dos primeros tercios del siglo XIX que la mortalidad por tuberculosis llegara á cuatro millones por año en toda Europa.

Las nuevas doctrinas higiénicas, el estudio científico, el ensanche de las poblaciones, los trabajos contra el alcoholismo, el advenimiento á la vida política y social del obrero, el conocimiento del germen y su evolución, los Congresos contra la tuberculosis y la cruzada que contra ella llevamos, darán como característica del primer tercio del siglo XX la disminución de tan espantosa mortalidad

Podemos comparar á la tuberculosis con lo que sucede en los campos de batalla, sobre todo con el armamento moderno. Las armas de pequeño calibre y gran alcance hieren más que matan, pero exigen mayor material sanitario que las antiguas, y para facilitar los movimientos ofensivos y defensivos hay que desembarazar el campo de batalla de los heridos, para que éstos estén mejor socorridos y los sanos puedan moverse con más libertad.

La tuberculosis, al encontrar en todo lo moderno obstáculos en su

marcha, mayor resistencia en el individuo y menor fuerza en el germen, va hiriendo sin matar é inutilizando para el trabajo á multitud de individuos que son fuente de contagio en la familia y en la sociedad, y cuyo tratamiento personal exige para ellos mejores condiciones de vida y para sus semejantes evitar en lo posible el contagio.

Para obtener este resultado hay dos medios aceptados por todos los que venimos trabajando en esta lucha titánica : el dispensario y el sanatorio.

Dejando aparte el dispensario, por ser asunto tratado por otros más competentes que yo, y aceptando que no puede ser el dispensario ni medio de tratamiento, ni recurso permanente, sino medio de profilaxia y de propaganda y educativo para el individuo y la familia, respecto al Sanatorio hay dos opiniones : la de los Sanatorios de altura en puntos lejanos á las grandes capitales y lo que pudiéramos llamar Sanatorio de evacuación, ó sea instalado en sitios próximos á estas grandes poblaciones, y naturalmente en condiciones que discutiremos en los párrafos inmediatos. Los primeros corresponden de lleno á un medio terapéutico accesible solo á las grandes fortunas ; los segundos son un intermedio entre el dispensario y el hospital, medio de aislar, de educar y de tratar al tuberculoso; pero siguiendo nuestra comparación con el campo de batalla, el dispensario puede admitirse como las curas en las primeras líneas de combate sobre el campo de batalla ; el Sanatorio, el hospital de evacuación, allí donde puede ir el herido para su mejor tratamiento y para tratamientos definitivos, que en la guerra moderna son más fáciles y que en la tuberculosis figuran como el único recurso de evitación del progreso de la enfermedad en el individuo y del contagio de la misma en la familia y en la sociedad, pero no puede llevarse lejos porque la necesidad de sufragar sus gastos hace que éstos tengan que ser pequeños, y además, la familia del tuberculoso se resigna con facilidad á un aislamiento interino, á un término medio entre la vida en familia y la vida de aislamiento en el Sanatorio lejano de la población, y aun esta misma familia, contribuyendo en algo con los recursos y con los medios apropiados, disminuye el gasto ó precio de cada tuberculoso en el Sanatorio. Si además de esto, estando cerca se facilita la evacuación de los tuberculosos de los hospitales, fácilmente se comprenderá que aun siendo el ideal, como hemos dicho al principio, los Sanatorios de altura, por aquello que en España decimos de que *lo mejor es enemigo de lo bueno*, admitamos la imprescindible de que los Sanatorios para tuberculosos

pobres en las grandes ciudades estén en relación con ellas como el hospital de evacuación en sus relaciones con los campos de batalla.

Demostrada la necesidad de que estén cerca, claro es que afirmamos que no deben estar dentro de estas poblaciones, sino en las zonas suburbanas, en los suburbios y en comunicación con líneas de tranvías ó ferrocarriles económicos para el mejor abastecimiento, y que dentro de esta proximidad que, dados los medios de comunicación moderna pueden extenderse á algunos kilómetros, busquemos sitios que reunan las condiciones más parecidas y más próximas á lo que se exige para los Sanatorios de altura. Allí donde los días de sol son muy pocos, donde la bruma ó la nube ocultan sus benéficos rayos, hay que aprovechar cualquier rayo de sol para inundar el Sanatorio y que esta soleación dure el mayor número de horas posible. De tal manera modifica en nuestra opinión la condición del aire el sol, que pudiéramos decir que reconocido por todos los higienistas que el sol es el mejor antiséptico en el punto concreto de la antisepsia tuberculosa, tal vez sea lo único contra lo cual no tiene defensa el bacilo. Así, pues, tanto en estos países del Norte como en los nuestros meridionales, la orientación debe ser en lo posible al Mediodía en las fachadas destinadas á las habitaciones del enfermo, reservando las de Poniente y Norte para todo aquello que sea administración, como cocina, lavaderos y cuanto es preciso en una casa ó construcción de esta especie. Aun en los países meridionales, donde los meses de julio y agosto son muy rudos para la orientación al Mediodía, con los recursos de las construcciones modernas, y teniendo en cuenta también la poca oblicuidad de los rayos solares en estos meses, los pequeños inconvenientes del verano quedan subsanados con las ventajas del sol en invierno y en primavera. Claro es que esta orientación debe tener amplio campo, es decir, parques de arbolado bajo que no corten el sol, mejor dicho, no proyecten sombra sobre la fachada, porque la ventaja es la soleación.

Pocas ó ninguna ciudad habrá que no tengan diferencias de altitud en toda su extensión y, por lo tanto, para asegurar la mejor ventilación de estos Sanatorios, debemos escoger dentro de estas distancias ya dichas los montes ó alturas que rodeen la población, pues estando convencidos de que el vector del contagio es el esputo, no importa nada cuando se hace una higiene escrupulosa que pasen los vientos reinantes por encima del Sanatorio para orear la ciudad porque no han de arrastrar con seguridad elementos de contagio.

La condición *sine qua non* de todo Sanatorio es la abundancia de

aguas, que es el medio universal de desinfección; en los retretes, escupideras, fregaderos, lavaderos y, en una palabra, en todas partes y á cada momento, el agua es un elemento de indispensable adquisición, no ya para un Sanatorio, sino para la casa más modesta, y si nos alejamos mucho aumentará el precio todo de la construcción el aprovisionamiento de aguas, exigiendo á veces hasta conducciones especiales. Claro es que si dentro de la orientación defendida, en la mayor altitud posible, encontramos un manantial inagotable, aun cuando no haya presión, la industria y la mecánica modernas pueden obviar el inconveniente de la presión del agua, elevándola á depósitos que den lo suficiente para todos estos servicios, pero si la encontramos ya canalizada y con presión, es otra de las condiciones más bonancibles para la elección de un emplazamiento de un Sanatorio en estas condiciones. Así como la irrigación de agua limpia bonifica un terreno, todo aquello que facilite la evacuación de las aguas sucias y que las arrastre desinfectadas á grandes distancias, bonifica también estos terrenos, y si tenemos donde elegir, debemos buscar sitio próximo á los grandes colectores ó campos de depuración de las aguas sucias, ya se sanee la ciudad por uno ó por otro de estos procedimientos, ó por el mixto, es decir, ya se sanee la ciudad por el procedimiento químico, por el procedimiento físico ó por el procedimiento bacteriológico para sanear también el Sanatorio.

Como condiciones ya no tan indispensables, está el que pueda comunicarse el Sanatorio por medio de tranvías, ferrocarriles de vía estrecha ó medio fácil y barato cualquiera con las poblaciones, porque así se puede aprovisionar más barato y mejor, y sin necesidad de almacenamiento de substancias alimenticias de fácil descomposición, y aun la caridad ó las sobras de la ciudad podrán trasportarse al Sanatorio, abaratando la vida de los mismos.

No es posible concebir un Sanatorio sin parterres, sin jardines, y donde no los haya hay que improvisarlos, porque de lo contrario, la aridez, sobre ser mal sana, es triste, y aun cuando no creemos en la eficacia terapéutica de las emanaciones balsámicas de las coníferas, es lo cierto que entre las plantas del grupo del tomillo, del romero y del pino, deben buscarse éstas de preferencia á las demás, porque terapéuticas ó no, es lo cierto que tienen acciones anticatarrales muy manifiestas, pero sobre todo agradan al sentido de la vista y del olfato mejor que cualquiera otra, y como el tuberculoso sólo ha de tener el Sanatorio como refugio de la lluvia y de la noche, hay que crear el bosque donde no le haya, para que allí se instale y, á la

manera de los parques y de los preciosos hospitales instalados en el centro de Londres, pueda el tuberculoso hacer vida de aire libre de sol á sol, salvo los días de lluvia y salvo las horas de la noche.

Uno de los graves inconvenientes de los hospitales, ha sido su construcción, recuerdo de la vida conventual, vestigio y copia de los antiguos conventos, y en muchos casos los conventos mismos habilitados. Añádase á esto la vida en común, el formulario para la alimentación, la dificultad de las salidas, el aislamiento de la familia y hasta hace muy poco las malísimas condiciones higiénicas de estos asilos, y se comprenderá en qué situación han vivido los tuberculosos hasta esta campaña derivada de los Congresos de la tuberculosis principalmente. Si al construir los Sanatorios se sigue copiando esta monotonía de la línea, esta vida en común y, en una palabra, los inconvenientes señalados para los hospitales, la hospitalización del tuberculoso y el Sanatorio, remediará muy poco ó no remediará nada las circunstancias y condiciones en que se ha desarrollado la vida de estos pobres enfermos. Hay, por lo tanto, que buscar en la arquitectura del chalet, del pabellón, de la casa aislada, remedo de la casa particular, casas de campo para los pobres, donde no se aglomeren, donde casi vivan en vecindad, pero no en común y donde se borre todo recuerdo de la antigua sala hospitalaria, que va desapareciendo en los pueblos cultos y que, á decir verdad, podemos casi asegurar que donde más se ha implantado esa reforma y más se conoce la influencia de las ideas modernas, es en los hospitales ingleses. Estas casas, estos pabellones diseminados en el bosque formando una ciudad rural con sus calles enarenadas, sus fuentes y sus alamedas con los sitios de esparcimiento, con la orientación al Mediodía, atraerán á una colonia de pobres tuberculosos que, mejorando en todas las condiciones de su miserable vida, no huirán de la declaración de su enfermedad y más bien la buscarán en espera de estas ventajas (1).

Otra de las condiciones que hay que buscar en la reglamentación de los Sanatorios es la variedad en la alimentación. No hay enfermedad en toda la patología que revista más variedad de formas que la tuberculosis. Su causa es única, pero reaccionan los órganos y los individuos de manera tan distinta, que entre el tuberculoso herético de forma subaguda, de fiebre casi continua, de aspecto de hombre que se quema, al tuberculoso tórpido de reacciones escasas,

(1) Todo esto se ha realizado en Berlín, como conocerán nuestros lectores muy pronto en un trabajo práctico.

de fiebre nula ó casi nula, de color blanco de cera, hay tal gradación en las manifestaciones clínicas, que por sí solas indican la necesidad de un estudio individual para la reglamentación de la alimentación, pues no solamente las formas integran en este problema, sino que también, desde el tuberculoso famélico, que sería capaz de comerse las migajas del suelo, hasta el tuberculoso apépsico, que odia y repugna cuanto se le da, semejando al suicida lento, hay tal variedad en los apetitos y en la manera de digerir los alimentos, que es locura pensar en el formulario de los hospitales, ni mucho menos en la dosificación de los alimentos.

Letulle, en su magnífica lección acerca de la psicología del tuberculoso, ha pintado de mano maestra el estado psicológico de estos enfermos; y á la manera que á ningún Director de manicomio se le puede imponer un sistema por acreditado que esté, á ningún médico de Sanatorio de tuberculosos se le pueden atar las manos en la cuestión de alimentación. Así, pués, evitando en las construcciones la monotonía, en la alimentación lo reglamentario y hospitalario, y distribuyendo el día entre lo ameno, lo útil y lo terapéutico, se hará agradable la vida del Sanatorio, y la propaganda por el hecho irá cada día aumentando más la clientela de estos establecimientos de absoluta é imprescindible necesidad en la campaña emprendida contra la tuberculosis.

Enemigo de trabajos largos y, por otra parte, siendo soldado de fila, he presentado este trabajo como muestra de mi entusiasmo, y para terminar, he aquí mis conclusiones:

1.ª Los Sanatorios para tuberculosos pobres en las grandes ciudades deben considerarse, en sus relaciones con ellas, como los hospitales de evacuación en sus relaciones con los campos de batalla.

2.ª Deben elegirse los sitios que, alrededor y próximos á las grandes ciudades, reunan las siguientes condiciones:

A) Orientación á Oriente y Mediodía;

B) La mayor altitud posible con respecto á la media de la población;

C) Mejor y más fácil aprovisionamiento de aguas potables;

D) Proximidad á los colectores ó medios de evacuación de las aguas sucias de la población;

E) Medios de comunicación con las poblaciones, fáciles, frecuentes y baratos;

F) Proximidad ó plena instalación en bosques ó parterres, con arbolado, de preferencia del grupo de las coníferas.

3.ª En la construcción, alimentación y vida de los Sanatorios para tuberculosos pobres se debe huir, en todo lo posible, de una regla mentación uniforme. teniendo en cuenta la múltiple variedad en la unidad de la tuberculosis.

UN CASO EXTRAORDINARIO DE RETENCION PLACENTARIA

(MAS CONSIDERACIONES ACERCA DEL MISMO)

POR

DON MANUEL COVIÁN Y CAÑEDO

Médico libre en la villa de Colunga (Asturias).

Al narrar en el núm. 749 de esta REVISTA *Un caso extraordinario de retención placentaria,* estaba muy lejos de mi ánimo la ridicula y vana pretensión de establecer ningún aforismo como conclusión de las reflexiones que me sugirieron los hechos observados en distintas ocasiones y corroborados en el publicado. Era mi intención, únicamente, anotar una observación que juzgué singular y extraordinaria y que creí de alguna utilidad.

Dos distinguidos compañeros han publicado posteriormente artículos en los que se hacía referencia á mi historia clínica, y no puedo menos de lamentar, con toda mi alma, la equivocada y falsa interpretacion que han dado á los conceptos por mí expresados.

Uno de dichos señores escribe un artículo en la REVISTA con el título *Tratamiento de las hemorragias del alumbramiento en la Clínica Baudelocque,* é inserta á modo de preámbulo una porción de consideraciones que, en mi concepto, están completamente fuera de lugar, por no tener ninguna relación con el objeto de que trataba.

Porque eso de decir que «la anestesia, la hemostasia y la antisepsia forman el trípode sobre el cual descansa la moderna Cirugía, sirviendo también de apoyo, unas veces á la ciencia experimentadora y otras de disfraz á la ignorancia», ya hace tiempo que lo dijo con las mismas frases el notable cirujano inglés Jhon Eric Erichsen, y es mucho de lamentar semejante falta de originalidad y afán de repetir lo que todo el mundo sabe.

Aun cuando no he tenido el honor ni la satisfacción de visitar las Clínicas ginecológicas del extranjero, he tenido, á Dios gracias, bas-

tantes buenos Profesores de Obstetricia y Ginecología, y no desconozco muchas de las cosas que alguien pretende que ignoro; mis maestros me han enseñado todo eso de la elasticidad, retractilidad y contractilidad de las fibras musculares del útero, y que esas fuerzas, desigualmente distribuídas, son las que determinan el desprendimiento placentario; así como también no se me ha olvidado que en las multíparas están notablemente disminuídas esas propiedades vitales, efecto del cansancio por exceso funcional, y por eso en ellas son frecuentes las hemorragias del alumbramiento; lo que paladinamente confieso que ignoraba, era que *estas hemorragias son un accidente temible, si bien siempre remediable*, porque si absolutamente en todos los casos pueden ser cohibidas, no sé por qué van á ser temibles.

También me parece inexacta la afirmación del Dr. Moreno Alvarez respecto al taponamiento y empleo del cornezuelo de centeno y la ergotina en las hemorragias puerperales; dice que ya están mandadas retirar, y que en Francia sólo se habla de estos medios para reprobarlos y, ¡oh feliz casualidad! en el mismísimo número que publica el Dr. Moreno Alvarez su artículo, viene un extracto de la sesión del día 11 de abril de 1902, en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Berlín, en la que el eminente ginecólogo Dr. Henkel recomienda el taponamiento y el empleo del cornezuelo de centeno en las hemorragias puerperales por atonía del segmento inferior, y en las hemorragias atónicas que en muchas mujeres se presentan con regularidad después de cada parto sin causa conocida, debe administrarse el cornezuelo en el momento de sobrevenir las contracciones expulsivas; permítame, pues, el Dr. Moreno, que esté más conforme con la autoridad del ilustre Dr. Henkel que con la suya.

Creo, en efecto, que en las hemorragias del alumbramiento debemos intentar la extracción de la placenta, pero sin incurrir en la exageración de extraerla á toda costa, creyendo que su permanencia en la matriz ha de acarrear necesariamente gravísimos trastornos; á este propósito decía el Dr. Scanzoni: «El desprendimiento artificial de la placenta disminuye el volumen de las partes que se descompondrán más tarde, se les facilita una expulsión más fácil, y se hace menos extensa la superficie del útero, que ha de estar en contacto con las partes deletéreas; pero al mismo tiempo este procedimiento puede determinar la inflamación que se quiere prevenir, es causa de un traumatismo extenso, los vasos uteroplacentarios quedan entreabiertos y pueden constituirse en focos de infección sépti-

ca, somos, pues, de parecer que los defensores de la operación han hecho mal en citar en apoyo de su opinión la falta de fenómenos sépticos, y estamos convencidos de que estos tristes accidentes han sobrevenido con más frecuencia después de la operación que después de la expulsión natural de las parias».

No es tampoco el único mecanismo de las hemorragias del alumbramiento la presencia de la placenta ó de un coágulo en la cavidad uterina, pues cansado estoy de observar metrorragias post partum después de completamente vaciada la matriz, y esto ocurre especialmente en las multíparas, en las anémicas, en las neuroartríticas y en las mujeres que han tenido repetidos abortos; de modo que creo no es cierto que siempre obtengamos la hemostasia en estas metrorragias por la extracción de la placenta, porque en muchas ocasiones nos vemos obligados á apelar á otros medios.

Solemos, por desgracia, ser los Médicos muy apasionados y muy apegados al espíritu de escuela en las cuestiones científicas; la historia de la Medicina llena sus páginas con esas luchas y esas eternas controversias que en muchas ocasiones han logrado obscurecer y hasta desterrar la verdad; ¿quién no recuerda con disgusto la negativa dada por la Academia de Medicina de París á las notables conclusiones de Villemin sobre el contagio de la tuberculosis? ¿Quién no ve con pena, la obstinación de los sabios Wirchow y Reinhardt defendiendo el dualismo del proceso tuberculoso, y el ardor con que se propagaba aquella errónea y nefasta doctrina de Broussais proclamando la naturaleza inflamatoria de todas las enfermedades y estableciendo la flebotomía como tratamiento de todas ellas, siendo necesario para destruir estas falsas y abominables teorías la luminosa inteligencia de aquellos dos esclarecidos genios que se llamaron Bretonneau y Trousseau, no solamente grandes por sus inmortales concepciones científicas, sino también porque destruyeron para siempre el error y la mentira? Hace todavía muy pocos años, cuando el maravilloso descubrimiento del gran Roux del suero antidiftérico, aún hubo espíritus malignos ó equivocados que negaron la virtud profiláctica y curativa del precioso remedio.

Volviendo á nuestra cuestión, y para terminar, diré que no he pretendido, ni mucho menos, establecer como regla de conducta la no intervención en los casos de retención placentaria, y sí únicamente exponer mi convicción de que existen algunos casos en los que las adherencias firmes y duras de la placenta en una mujer que ha perdido ya gran cantidad de sangre durante el parto, y está

próxima á sucumbir, no se debe persistir en la extracción de la placenta, sino más bien preocuparse de obtener la hemostasia (no sólo se consigue ésta con el vaciado del útero), levantar las fuerzas de las puérperas moribundas y esperar mejor ocasión para operar, cuidando, por supuesto, siempre de la asepsia uterovaginal.

Me asocio á lo dicho por el Dr. Hontañón en el núm. 762 de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, solicitando la autoridad de nuestros notables ginecólogos para que nos enseñen la regla de conducta que debemos adoptar en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. LA ENERGÍA CEREBRAL CREADORA Y CONDICIONES DE SU DESARROLLO, por el Dr D. Antonio Velázquez de Castro. Granada, 1901.

II. EL MUERMO EN LOS ANIMALES Y EN EL HOMBRE, por D. Epifanio Novalbos, Madrid, 1901.

III. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS ESTADOS PATOLÓGICOS CARACTERIZADOS FUNDAMENTALMENTE POR UN AUMENTO DE VOLUMEN DEL HÍGADO, por D. Ramón Luis y Yagüe, Madrid, 1902.

I

La energía cerebral creadora y condiciones de su desarrollo, es el tema del discurso leído en la solemne apertura del Curso académico de 1901 á 1902, en la Universidad de Granada, por el ilustrado y laborioso Profesor de aquella Facultad de Medicina, el Dr. Velázquez de Castro.

La tesis que sustenta en tan difícil como cultivado asunto, es que el genio ó la creación genial es la resultante de una actividad cerebral favorecida, intrínsecamente, por la mayor frondosidad de las arborizaciones protoplasmáticas y de las terminales de los cilindros ejes y, extrínsecamente, por el mayor y más variado acopio de imágenes en las neuronas psíquicas, por el medio social que rodea al individuo, por la oportunidad, etc. El concepto que le merece el genio, llévale de la mano para decir que los artistas no inventan nada, que sólo se limitan á copiar con más ó menos fidelidad á la naturaleza.

Sin participar por completo de las ideas de tan ilustrado autor, no podemos regatearle nuestro aplauso por los vastos y variados conocimientos que demuestra poseer en artes y en ciencias y por la naturalidad que ha sabido imprimir á la argumentación para dar á su tesis un carácter sugestivo que predispone el ánimo en su favor.

II

Este interesante folleto de 72 páginas, obra póstuma del que fué ilustrado profesor de la Escuela de Veterinaria de esta corte, ha sido publicado por su sobrino D. Emilio Moya Novalbos, tal como encontrara el manuscrito inédito, esto es, sin introducir modificación alguna, según hace constar en el prólogo.

En realidad, se trata de un trabajo compuesto por persona competente y muy conocedora del asunto, como lo demuestra la razonada exposición de materias. En efecto, en los cuatro capítulos primeros se ocupa del muermo en los solípedos, en sus formas aguda y crónica, del lamparón agudo y crónico y de las lesiones, capítulos precedidos de algunos datos fundamentales referentes á la bacteriología del proceso. El capítulo V le dedica al estudio de la enfermedad en los rumiantes y carniceros y roedores domésticos; en los capítulos siguientes expone la etiología, el diagnóstico en el vivo y en el cadáver, y la terapéutica, y termina la obra con un capítulo dedicado á la patología del muermo en el hombre.

En todas las páginas del folleto siéntense palpitar los sólidos conocimientos que el autor poseía, el cual no ha desdeñado ninguno de los progresos obtenidos por medio de la experimentación; trátase de un estudio de patología comparada, que indudablemente prestará buenos servicios á la clase médica y á la veterinaria por la acertada concisión con que se estudian los graves problemas patológicos del muermo.

III

Desde que le conocemos (hace once años), el Dr. Yagüe ha dado siempre pruebas de ser un médico estudioso y de inteligencia despejada, pero con tendencia á vivir apartado de las grandes luchas científicas entabladas en pleno público, excepto en estos últimos años en que, como si la labor acumulada en su nutrido cerebro no pudiera retenerse por más tiempo, so pena de exponer su cráneo á un formidable estallido, comenzó á dar muestras públicas de su laboriosidad y de su talento en forma tan asidua y afortunada que, ora

ejerciendo prácticamente su especialidad gastropática en su visita particular ó en las consultas públicas del Instituto quirúrgico de la Moncloa, ó de la Policlínica Cervera, ora ejerciendo su cargo de médico de la Beneficencia municipal, ora escribiendo artículos en distintos periódicos profesionales, ora haciendo comunicaciones á las Academias, ora, en fin, acudiendo á la honrosa lid de los certámenes públicos, hemos visto agrandarse en poco tiempo su figura y adquirir de día en día su nombre mayor reputación científica.

Y quien dude de la veracidad de esta última afirmación y de la justicia estricta en que se inspira, que lea detenidamente la Monografía que motiva estas líneas, y que mereció la honra, tan raras veces concedida, de ser premiada en el concurso de 1900, por la renombrada Academia Médico-Quirúrgica Española de Madrid.

No nos detendremos en hacer un análisis de la obra ni en prodigarla adjetivos laudatorios, que todos resultarían pálidos ante el hecho positivo de haber merecido el premio. Lo que sí nos permitiremos consignar es que la delicadeza, pulcritud, minuciosidad y precisión con que se exponen los diagnósticos diferenciales en cada uno de los procesos que son objeto de estudio, será pocas veces igualada, tal vez nunca superada, en trabajos de la misma índole.

Reciba, pues, su ilustrado autor nuestra más cordial enhorabuena por el éxito alcanzado, y no duden nuestros lectores que se trata de un trabajo que enseña á diagnosticar bien las hepatopatías.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del Curso de 1902 *á* 1903.

(Continuación)

El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—El Presidente Dr. Valle y Aldabalde:

Además, es muy extraño que un hecho tan notable y tan constante no hubiese llamado la atención de ningún otro médico español, no sólo de los que ejercen en las grandes capitales, á donde afluyen individuos de todas partes, sino muy particularmente de aquellos que con tanta brillantez se de-

dican al estudio especial de las afecciones pulmonares. Los mismos médicos militares, tanto del Ejército como de la Armada, tienen ocasiones como nadie de comparar el desarrollo y la influencia más ó menos mortífera de la tisis en un material sumamente homogéneo, y á pesar de esto, en los trabajos que han publicado acerca de la tuberculosis, á alguno de los cuales aludiré más tarde, no indican haber observado que la tisis sea ni más frecuente ni más mortífera en determinadas razas de la Península.

En pocas enfermedades influyen tanto las condiciones sociales en el pronóstico como en la tuberculosis pulmonar, y se comprende : una dolencia que reconoce entre sus causas más principales la falta de aire puro, la mala alimentación y las privaciones de todo género, y que, por otra parte, requiere para su curación temporal ó definitiva el disfrute de un aire sano, el reposo, la posibilidad de abandonar las diarias ocupaciones para dedicarse de lleno al cuidado de la quebrantada salud, un régimen alimenticio adecuado y cuidados que sólo á fuerza de recursos más ó menos cuantiosos se pueden obtener, tiene que sentir la influencia de las diversas condiciones sociales de los individuos en que se presenta.

En primer término figura, como acabamos de decir, la posición social ó económica, y no hay necesidad de esforzarse mucho para comprender un hecho cuya realidad se puede comprobar todos los días comparando la marcha que sigue la tisis en las personas acaudaladas que, además de poder, quieren aprovechar las ventajas de su posición en beneficio del restablecimiento de su salud, y los individuos de pocos recursos que, no obstante sus deseos no menos vehementes de curarse, se ven reducidos á ir conllevando malamente su situación, y todo lo más á alternar el tratamiento de su enfermedad entre el hospital y el hogar doméstico, donde todo escasea; el aire puro, la buena alimentación y la posibilidad de interrumpir los deberes de un oficio á que es preciso atender para ganar el cuotidiano sustento.

Mas dentro ya de las diferencias á que estamos haciendo alusión, se ve claramente que influyen mucho más en la frecuencia de la tisis y también en su pronóstico las condiciones del aire que respiran estos enfermos y las del trabajo á que se dedican que la diversidad de su alimentación, hasta tal punto que hay bastantes profesiones que, á causa de las condiciones en que obligan á trabajar, suministran un contigente mayor de fallecimientos por tuberculosis, no obstante estar mejor retribuídas que otras en que el trabajo se lleva á cabo en una forma más higiénica.

No todas las estadísticas concuerdan en las cifras de mortalidad de los diferentes oficios, sin duda alguna porque varían algo las condiciones en que se desempeñan en los distintos países. Sin embargo, se observa siempre que suministran el mayor contingente de mortalidad por tuberculosis pulmonar las profesiones en que se respira un aire viciado, sobre todo por polvo orgánico ó inorgánico, tales como las de cantero, pulidor de metales y peletero, y en cambio es menor la mortalidad en los que trabajan al aire libre, como son los labradores, y también los marineros, algunos obreros de ferrocarriles, etc.

Como consecuencia práctica de estos datos, se deduce que el pronóstico de la tisis es peor si el paciente no puede cambiar de oficio en los enfermos que tienen que respirar aire impuro y, sobre todo, cargado de polvo, que no

en los que trabajan al aire libre. Claro está que hay que tener también en cuenta determinados hábitos que son más frecuentes en ciertas profesiones. Así se observa en los hospitales que el pronóstico de la tisis pulmonar no es mejor en los cocheros ni en los mozos de cuerda, no obstante pasar la mayor parte del día al aire libre, porque es también en ellos más frecuente que en otras profesiones el abuso de los alcohólicos, de cuyo pernicioso influjo en la marcha de la tisis ya hemos hecho mención oportunamente.

La vivienda, que tanto influye en el desarrollo de la tisis pulmonar, según que esté situada en el campo ó en la ciudad y que dé albergue á un corto número de personas ó se halle, por el contrario, hacinada, tiene también que hacer sentir su influencia en el curso de la enfermedad. Y no insistiré en este punto, porque el hecho hoy demostrado con los Sanatorios del papel importantísimo que el aire puro ejerce en la evolución de la tisis, me releva de hacerlo.

Hay una profesión que, por el número de sujetos que á ella se tienen que dedicar, por la edad en que se hallan y por la frecuencia relativa con que aviva el proceso tuberculoso, hasta entonces latente, tiene un interés grandísimo, tanto médico como social. Me refiero al ejército. Y, como por fortuna, respecto á la frecuencia y gravedad de la tisis en el personal militar, poseemos, en España trabajos muy estimables, me he de referir á algunos de ellos en las consideraciones siguientes, haciendo de paso las reflexiones que juzgue oportunas.

En una conferencia notable que dió hace algunos años en esta misma Sociedad, el ilustrado médico militar, Dr. Salinas y Aznarez, acerca de la tuberculosis en el ejército, al estudiar las causas de que dicha enfermedad haga verdaderos estragos en el contingente armado, enumera: la infección por el bacilo de Koch, la alimentación, el aire que respira el soldado, la emoción que en él produce el hecho de ser separado de su familia y de cambiar radicalmente de vida, el no haberse terminado el desarrollo orgánico á la edad de ingreso en filas, los traumatismos á que expone la vida militar, la educación física y psíquica que ésta requiere y que se efectúa hoy en plazo demasiado breve, y la predisposición del organismo á padecer afecciones broncopulmonares.

Muy acertadas me parecen, en general, las ideas del Dr. Salinas, pero creo conveniente no limitarme á este simple asentimiento, sino exponer algunas consideraciones que con tal motivo se me ocurren.

Desde luego que sin bacilo de Koch no hay tuberculosis, pero es bien sabido, y así lo reconoce el ilustrado médico militar, que para que el bacilo se fije y prospere, se necesitan condiciones especiales de parte del organismo. Ahora bien; de todas las que enumera el Dr. Salinas, juzgo que las más importantes, son: el aire que respira el soldado, la época de la vida en que entra á servir en el ejército y la predisposición del organismo á padecer afecciones broncopulmonares.

No niego la importancia de la alimentación, pero además de que ya hemos visto que no es de los factores que más intervienen en el desarrollo ni en la gravedad de la tisis pulmonar, precisamente en el soldado se da muchas veces el caso de que esté sometido á un régimen más nutritivo en el ejército que en su propio hogar. Tampoco niego el papel de la emoción producida

por el cambio de vida, ni el de los traumatismos (de que ya he tratado anteriormente), ni el de la educación especial que exige el servicio militar. Doy, sin embargo, mucha más importancia al aire que el soldado respira, muy diferente del aire sano del campo que disfrutan la mayoría de ellos antes de ingresar en filas y que no se puede comparar con el que es aspirado en los cuarteles, sobre todo durante la noche.

No me olvidaré jamás del aire infecto que tuve que respirar una noche en el local donde dormían los individuos que componían un determinado contingente armado: comprendí entonces sin ninguna dificultad la razón de que la tuberculosis sea frecuente y mortífera en el ejército, y no pude menos de recordar con tal motivo los párrafos que dedica Peter en su Clínica á la tuberculosis que se desarrolla en los habitantes del campo que van á establecerse en las grandes capitales, tuberculosis que retrocede y hasta se cura si los individuos respectivos regresan á tiempo á respirar el aire puro y sano de su país natal.

La edad en que se entra en quinta es, sin duda alguna, un factor muy esencial para el desarrollo frecuente de la tisis entre el contingente armado. Pero á diferencia de lo que opina el Dr. Salinas, entiendo que mayor importancia aún que el hecho de no haber terminado el recluta su desarrollo cuando entra en el servicio militar, hay que atribuirla á lo frecuente que es que, á pesar de todos los reconocimientos, forme parte del personal armado un buen número de tuberculosos latentes que, de haber continuado en sus casas, no hubiesen pasado á tuberculosos declarados, como les sucede á causa de las desfavorables condiciones en que van á colocarse al ingresar en el ejército.

He de apelar con este motivo al testimonio de otro ilustrado médico militar español, Dr. Deleito, quien en un trabajo publicado no hace mucho tiempo, llama la atención acerca de la gran frecuencia de tuberculosis latentes en nuestros soldados, frecuencia que también se ha comprobado en los ejércitos alemán y francés. y que explica perfectamente, unida á las demás causas que dejo apuntadas, y á alguna que nos falta por mencionar, la gran mortalidad por tuberculosis que se observa en el ejército.

La otra causa que aún me falta por señalar, no es la educación militar y la brevedad con que ésta se lleva á cabo; aunque estos factores no creo que favorecen al organismo del recluta, en mi entender es de mucha más importancia la predisposición que tiene el soldado, y á que también hace referencia el Dr. Salinas, á padecer afecciones broncopulmonares. Esta predisposición explica muy bien el hecho de que, en las zonas de inviernos más rigurosos es donde precisamente aparece mayor la mortalidad por tisis, hasta tal punto, que en este concepto existe un paralelismo bastante grande entre lo que se observa en la población militar y la civil.

Llegamos ahora á la parte más propiamente clínica del presente trabajo, ó sea al estudio de los síntomas y demás particularidades de la tisis pulmonar, una vez desarrollada ésta, y en cuanto pueden servir de datos para establecer el pronóstico, tanto en lo relativo á la terminación probable de la enfermedad, como á su duración aproximada.

Ante todo, hay que distinguir las formas agudas de la tisis común de las crónicas. Las primeras son, desde luego, más graves que las segundas,

pero aun dentro de dicho grupo, hay diferencias que conviene recordar.

En efecto, existen formas circunscritas de tuberculosis aguda, en las que la afección invade sólo un vértice, y cuyo pronóstico es menos desfavorable que el de las tuberculosis agudas difusas. La tisis aguda de forma circunscrita se inicia con una hemoptisis que, ó va muy pronto seguida de fiebre, ó bien, y es lo más común, tarda algunos días en presentarse esta última, desapareciendo al cabo de poco tiempo, cuando la enfermedad toma un sesgo favorable, que es el caso más frecuente.

Ya no sucede lo mismo, en cambio, en otra forma hemoptóica de tisis aguda. Me refiero á aquella en que la enfermedad, lejos de quedar limitada al vértice, invade todo el pulmón, bajo la forma de focos diseminados. En esta variedad, que ha sido estudiada de un modo especial por Bäumler, continúa á veces la hemoptisis; en otros casos, el esputo sanguíneo es sustituído por otro de carácter neumónico. La fiebre persiste y es muy alta, y los enfermos sucumben á las pocas semanas, aunque hay casos en que se vence este período peligroso y la enfermedad adopta una marcha más bonancible.

La tisis llamada galopante, en la que en medio de una fiebre alta se forman en muy poco tiempo cavernas múltiples en los dos pulmones, es bien conocida por su marcha rápida y por su pronóstico funesto, para que me detenga más acerca de ésta variedad de la tuberculosis del pulmón.

No es más benigno el pronóstico en otra forma de tisis aguda diseminada y en focos, de que hacen mérito algunos autores, y principalmente A. Frænkel. Me refiero á la forma peribronquítica que no va precedida ni acompañada de hemoptisis. No hay esputos ó son muy escasos, y la auscultación sólo hace percibir una ligera debilidad en el murmullo vesicular en ambos vértices y la existencia de estertores crepitantes. La muerte sobreviene muy pronto, á las pocas semanas ó, todo lo más, en muy pocos meses.

Como última forma de tuberculosis aguda, me queda por citar la difusa, en la que por la confluencia de múltiples focos lobulillares, la enfermedad llega á invadir todo un lóbulo. Por su modo de iniciarse y por sus síntomas clínicos y físicos, recuerda mucho la neumonía fibrinosa, pero, además de que suele presentarse, no en sujetos sanos como esta última, sino en personas pálidas, demacradas, y que ya padecían una afección del vértice, la expectoración herrumbrosa subsiste por más tiempo y se convierte al fin en purulenta, y la afección cuando no termina funestamente, como es el caso más común, tampoco lo hace por crisis, sino que en unos casos se enquista el exudado por virtud de una proliferación de tejido conjuntivo que se realiza en su derredor, y en otros casos mucho menos frecuentes se transforma en una tisis de tipo subagudo.

Si se trata de establecer el pronóstico en un caso crónico de tisis pulmonar, debemos tener en cuenta todos los datos que sirven también para sentar el diagnóstico. Sin embargo, nos detendremos de un modo más especial en los que tienen mayor importancia desde nuestro punto de vista.

En general, es indudable que el pronóstico ha de ser mejor en una tisis incipiente y que apenas se puede diagnosticar, que no en un caso en que ya existen cavernas. Pero fuera de estos dos tipos extremos, y en casos muy raros, aun dentro de los mismos, puede suceder que por la marcha rápida

que sigue un caso incipiente y por la evolución lenta ó el estacionamiento de otro mucho más avanzado, sea de mejor pronóstico este último que el primero. Y es que realmente en la tisis la evolución de la enfermedad tiene más importancia para el pronóstico que el estado de la lesión local.

Esto no obstante, se debe apelar á la percusión, á la auscultación, á la expirometría y á la misma radiografía para precisar este último dato, puesto que la experiencia enseña que el pronóstico es más grave cuando la afección no se limita al vértice y cuando es bilateral. Además, se admite generalmente que la tuberculosis de la base es más grave que la del vértice y que una caverna bien limitada es de mejor pronóstico que una infiltración de vértice con focos diseminados.

Sin embargo, preciso es confesar que el estado general de la nutrición es de más interés, bajo el aspecto del pronóstico, que la extensión local del proceso tuberculoso. Todos los autores están conformes, y la experiencia de cada cual lo confirma también, en que una pérdida de peso muy considerable, aleja muchísimo las probabilidades de curación. En sentir del doctor Schamelhout, una demacración progresiva con síntomas gastrointestinales es de muy mal pronóstico en la tisis pulmonar. Mas yo me permitiré añadir que todavía juzgo de peor pronóstico los casos de tisis en que se presenta un gran adelgazamiento sin trastornos gastrointestinales y sin causa ostensible que justifique semejante síntoma. El Dr. Arthaud, precisando más esta idea, afirma que todo tuberculoso que pierde la tercera parte de su peso, se halla en peligro inminente de muerte, y que si ha perdido la cuarta parte de su peso, se encuentra en peligro de recidiva y debe elevarse su peso lo antes posible. Bien se comprende que no faltarán excepciones á estas reglas; á pesar de ello, deben servir de norma, en unión de otros datos, para poder establecer el pronóstico en cada caso determinado.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Sobre el valor diagnóstico y pronóstico del resultado de los análisis de esputos en la tuberculosis pulmonar.—En el *Boletín del Laboratorio Municipal de Madrid*, publica el Dr. Verdes Montenegro un artículo muy interesante del cual extractamos las siguientes ideas:

Comienza por declarar que el análisis de los esputos podrá resolver la cuestión del diagnóstico, en los casos en que este resultado sea positivo, pero que, por sí sólo, sin el concurso de la clínica, es por completo impotente para ilustrar el pronóstico, aunque recientemente en el último Congreso de Medicina reunido en Francia, se haya expuesto la opinión contraria sin fundamentarla bastante. La suposición de que el número de bacilos que contienen los esputos, indica, cuando es grande, una marcha muy rápida de la enfermedad, sólo es exacto en un limitado número de casos, en los cuales la clínica reconoce complicaciones, pero es inexacto en muchos otros, puesto que puede coincidir, y coincide efectivamente, con formas cró-

nicas de la tuberculosis, con tuberculosis de evolución lenta, la presencia de bacilos numerosos. Algo análogo podría decirse en cuanto al tamaño de los bacilos, que también ha sido considerado como elemento de pronóstico, sin bastante fundamento tampoco, como lo demostrarán observaciones interesantes.

Divide su trabajo en dos partes, en razón de los más importantes objetos de estudio que el análisis microscópico de los esputos tuberculosos ofrece, exponiendo, en primer término, los caracteres del bacilo de Koch, en su relación diagnóstica y pronóstica, y después los de los elementos celulares y su significación, prescindiendo de las asociaciones microbianas. No se ha de tratar en los capítulos respectivos de todas y cada una de las cuestiones que los títulos sugieren, sino únicamente de aquellas que son en la actualidad más debatidas ó que representan puntos de vista poco conocidos.

Respecto del bacilo, dice que la creencia bastante extendida de que la presencia de los bacilos en los esputos se advierte en un período avanzado de la enfermedad, cuando ya los signos físicos la habían revelado, es errónea.

En el registro del Dispensario antituberculoso á su cargo constan 17 hojas relativas á enfermos en los cuales se ha advertido la presencia del bacilo de Koch cuando todavía presentaban signos físicos insignificantes, y de ellas cinco se refieren á individuos en los que no se advirtió signo físico alguno. En 15 de ellos, el expirómetro reveló una capacidad vital menor que la ordinaria (2600 cent. cúb. en el que menos, y 3100 en el que más); en 13, el perímetro torácico estaba disminuído con relación á la talla, llegando en el que mayor perímetro alcanzaba, á la mitad de esta última cifra; el peso, en fin, también era algo menor del normal, habida cuenta de la talla y el perímetro torácico. Pero de todas estas relaciones, la última es demasiado variable para que pueda ser un auxilio eficaz al tratar de formar juicio del estado de un enfermo, y aun las dos primeras no ofrecen datos bastante exactos y definidos para que se pueda dar valor sugestivo á desviaciones de la normalidad, como éstas no sean bastante considerables.

Aparte estos hechos, que realmente hacían sospechar la existencia de un proceso tuberculoso por lo que hace á los signos de exploración inmediata, de los 12 enfermos se descubrió en 4 ligeros signos de catarro *no limitado á los vértices;* en 3 de los restantes debilidad del murmullo respiratorio muy poco acentuada y en zonas muy limitadas, y en los cinco últimos nada concreto que estableciese diferencias entre ambos vértices ó hiciese suponer que los dos se hallaban atacados.

Otros 5 más hemos dicho que no ofrecieron signo alguno manifiesto; ninguna de las historias sería aquí utilizable por seguir todos los enfermos en curso de tratamiento. Uno de ellos, reconocido por primera vez en diciembre del año pasado, tuvo á los cinco meses dos hemoptisis poco considerables; en otros 4 se desarrollaron síntomas de bronquitis tuberculosa, y en el último se inició una infiltración del vértice izquierdo, el desarrollo de la cual se detuvo; el enfermo aumentó de peso, mejoró de fuerzas y ocho meses después desaparecieron los bacilos de los esputos.

Al hablar de estos inesperados hallazgos del bacilo de Koch en los esputos de los enfermos, preciso es mencionar, por su grandísima importancia pronóstica, la circunstancia de que este encuentro tenga lugar en un

individuo, el examen clínico del cual nos haya hecho diagnosticarle de enfisematoso. A pesar de la pretendida incompatibilidad del enfisema y la tuberculosis, es lo cierto que á veces se tuberculizan los que padecen de enfisema, y en estos individuos la infección suele ser de marcha lenta. Parece probable que esta cronicidad se deberá en parte á la edad de los pacientes, pues el enfisema es generalmente enfermedad de la mitad segunda de la vida, y es bien sabido que ordinariamente después de los treinta y cinco ó cuarenta años la tuberculosis tiene una marcha crónica.

No se refiere á estos enfisematosos, hombres casi siempre añosos, arterioesclorosos ó artríticos, trabajados por largos y frecuentes catarros, y cuyo tórax ha sufrido casi siempre las bien conocidas modificaciones de formas, sino á enfermos más jóvenes, sin modificaciones en la estática del tórax, en los cuales los bordes pulmonares inferiores están más bajos que normalmente, la macicez cardíaca reducida, y cuya auscultación revela unas veces roncus de bronquitis diseminada y otras sencillamente disminución del murmullo respiratorio y espiración prolongada. En estos individuos suele presentarse una gran fatiga, una fatiga desproporcionada con relación á su enfisema y que no cede á los medios ordinarios de tratamiento. El análisis de los esputos, con gran sorpresa del médico, revela la existencia del bacilo de Koch.

El pronóstico en estos casos es muy grave. Cita un caso observado en un Dispensario antituberculoso, demostrativo de esta idea.

El uso de los rayos X, merced á la reforma recientemente realizada en los mecanismos de su producción y aplicación, ha entrado en un camino de progreso que quizá le haga servir muy pronto para esclarecer cuestiones importantísimas, hay que fijar seriamente el estado actual de desarrollo de ese medio de investigación clínica y reconocer con Walsham que la tuberculosis en sus comienzos rara vez puede ser diagnosticada por los rayos X antes que por el estetóscopo.

La opinión de que la presencia de numerosos bacilos pequeños en los esputos indique un curso rápido de la tuberculosis pulmonar, es evidentemente inexacta. Veinte casos ha visto de tuberculosis con bacilos numerosos y pequeños, unos en el Dispensario antituberculoso y otros en la clientela particular, y de ellos, solamente dos han justificado con la rapidez de su curso la suposición que combatimos. Uno de los enfermos tenía ulceraciones laríngeas muy intensas y el otro lesiones avanzadísimas en el pulmón derecho. Respecto del primero, cabe atribuir la rapidez del curso á la importancia adquirida por la lesión de la laringe (el desarrollo de la afección pulmonar no era grande), pues es bien sabido que las lesiones tuberculosas intestinales y laríngeas precipitan extraordinariamente el desenlace fatal en los enfermos de tuberculosis pulmonar. En cuanto al segundo caso, que hubo de reconocer en consulta á principios del año actual, tenía numerosas cavérnulas en los lóbulos superior y medio del pulmón derecho, fenómenos de reblandecimiento en el vértice izquierdo, fiebre continua, sudores profusos, diarrea, etc.; se hallaba en verdadero período de consunción. Los antecedentes parecían fijar el principio de la afección, en una fecha solamente, en ocho á diez meses anterior al momento en que la reconocíamos, y la existencia de lesiones, al parecer contemporáneas, en una zona

tan amplia parecía indicar que circunstancias desconocidas habían facilitado la autoinfección del pulmón derecho por las secreciones de un foco más antiguo en el vértice, determinando aquí y allá fenómenos de neumonía por aspiración y formación de focos tuberculosos secundarios.

Todo lo que se puede decir del número de bacilos en su relación pronóstica es que su disminución, cuando coincide con un mejoramiento positivo del enfermo, es un buen dato, un dato halagüeño; pero pretender deducir de su abundancia la rapidez del curso de la enfermedad, es un intento que no justifica la observación diaria cuando se tienen en cuenta de un lado los fenómenos observados en la clínica, y de otro los resultados de los análisis del laboratorio. El hecho mismo de que en la tuberculosis miliar aguda falten muchas veces los bacilos, es bastante significativo.

Es frecuente encontrar en toda clase de esputos los elementos celulares, aun en los de personas sanas, cuando se trata de individuos de más de cuarenta años, unas células bien conocidas y bastante estudiadas, que se designan á veces con el nombre de células pigmentadas, y que llama células de impotencia cardíaca para evitar equívocos. A pesar de las opiniones que acerca de la verdadera naturaleza de estas células han expuesto diferentes autores, mantiénese y domina todavía en la ciencia la opinión de Virchow, que las creía células alveolares modificadas por la absorción de diferentes pigmentos.

Bien conocidas estas células, no será preciso describirlas. El nombre con que se las conoce bien claramente da á entender que son características de lo que ordinariamente se llama pulmón cardíaco, de aquellos estados de congestión pasiva del pulmón determinados por las alteraciones del centro circulatorio. Su presencia es, efectivamente, ley en estas enfermedades, y de ellas parece que en los casos de estrechez mitral es donde con más seguridad se las encuentra. En rigor, no son en este género de procesos sino testimonio de la impotencia cardíaca, cualquiera que sea la causa que la origine. Recientemente, hemos visto en el Dispensario antituberculoso un niño de quince años, el cual presentaba signos de adherencias del pericardio, lesión, sin duda, consecutiva á un ataque de pericarditis reumática que había padecido dos años antes. El niño aquejaba fatiga bastante acentuada y alguna tos y, con el fin de añadir un dato más á los que nos hicieron formar el diagnóstico, investigamos en sus esputos la presencia de las células de impotencia cardíaca con resultado positivo.

Aparecen también en afecciones propias del pulmón, como la pulmonía crónica, la pulmonía descamativa de Buhl, la misma tuberculosis y otras diferentes enfermedades. El hecho de que en los esputos de personas sanas de alguna edad se presenten, cree que puede atribuirse á la arterioesclerosis ó á procesos pulmonares crónicos consecutivos á catarros anteriores.

Tratándose de elementos celulares, hay que tener muy en cuenta el número en que aparecen en los esputos. Un bacilo de Koch en una preparación puede bastar para advertirnos la existencia de un proceso tuberculoso, pero una célula sola no puede hacer pensar que exista una lesión del tejido á que pertenezca.

La comparación constante de los resultados del análisis con el curso clínico del padecimiento hace pensar que la presencia de células de impoten-

cia cardíaca en los esputos de un individuo con bacilos de Koch, es de significación pronóstica poco lisonjera, aun en el caso de que en el acto del reconocimiento el enfermo pareciese hallarse en un período de suspensión del proceso.

No en todos los tuberculosos las células de impotencia cardíaca aparecen en los esputos, á lo menos, ya lo hemos dicho, en número suficiente para fijar la atención del observador; pero en aquellos casos en que se presentan, deben delatar la existencia de focos de neumonía descamativa, desarrollados en derredor de las lesiones tuberculosas, ó quizá las primeras irritaciones determinadas en sitios más ó menos alejados del foco tuberculoso por productos desprendidos de éste y aspirados por partes hasta entonces sanas del pulmón. Quizá también indiquen debilidad cardíaca. De aquí que la aparición de estas células tenga mala significación pronóstica, porque parece revelar que aun cuando no, á veces, en grado suficientemente intenso, para dar lugar á síntomas generales (fiebre, adelgazamiento, sudores, etc.), el proceso continúa activo, y que la suspensión en que nos había hecho creer la falta de estos síntomas generales, no era sino aparente. Sabido es que la fiebre es un síntoma de mala significación pronóstica, por revelar la actividad del proceso tuberculoso. La ausencia de la fiebre no debe, pues, tranquilizar y es necesario que se investigue, con el análisis de los esputos, este otro signo más delicado y preciso que la fiebre misma, para revelarnos las alteraciones íntimas que el pulmón experimenta.

Cita el siguiente caso de su observación. Tratábase de una muchacha de veinticuatro años, la cual, poco después de haber padecido la gripe (año y medio antes), tuvo hemoptisis, y tras ella los síntomas bien conocidos de principios de infiltración en el vértice pulmonar derecho. Cuando la examinamos acusaba macicicez y soplo en el primer espacio intercostal, refuerzo de vibraciones, ligeras crepitaciones hacia la parte media del espacio intercostal segundo. El análisis de los esputos reveló la existencia del bacilo de Koch y de abundantes células de impotencia cardíaca. Tos escasa. Nada de síntomas generales. Parecía, si se hubiese prescindido de los resultados del análisis, que nos encontrábamos en un caso de suspensión del proceso tuberculoso, y cabía esperar que con un régimen adecuado, esta suspensión se prolongase bastante tiempo; sin embargo, la abundancia de las células mencionadas hacía pensar que la destrucción del parénquima pulmonar continuaba. Efectivamente, la temperatura, que se mantenía dentro de las oscilaciones fisiológicas, comenzó á ascender lentamente con una ascensión de décimas al principio, llegando más tarde á constituirse un estado febril, con el cual coincidió una extensión considerable del proceso, principalmente en la parte posterior del pulmón.

Por lo mismo que las células de impotencia cardíaca pueden ser reveladoras de procesos de neumonía crónica, de neumonía descamativa, de neumonía por aspiración determinada en partes sanas del pulmón por productos procedentes de focos ya constituídos, era de esperar que nos hiciese suponer la existencia de focos tuberculosos primitivos, bastante pequeños para poder ser diagnosticados de otra suerte. Cuantos acostumbren á hacer análisis delos esputos, repitiéndolos muchas veces en un mismo enfermo, habrán podido advertir que en muchos casos la presencia de células de impotencia

cardíaca en los esputos, precede espacios de tiempo más ó menos largos. de varios meses en ocasiones, á la primera aparición de los bacilos de Koch.

En las condiciones ordinarias, cuando escasos gérmenes se han introducido y fijado en el aparato respiratorio, la formación de un tubérculo exige tres ó cuacro semanas; el reblandecimiento de éste, el transporte de los gérmenes á puntos más ó menos distantes, la formación de conglomerados suficientemente extensos para poder ser asequibles á la investigación clínica, exige proporcionalmente seis, ocho meses, un año, á veces mucho más; tratar de sorprender la formación de un tubérculo, dado el tamaño de éste, por los medios que se citan, es tarea vana y de ello resulta que puede un individuo llevar más de un año focos tuberculosos en los pulmones sin que la auscultación los haya revelado; sólo en los casos en que la tumefacción de los ganglios determina síntomas de compresión, tendremos un dato para sospechar la existencia del foco; el peso, la talla, la capacidad vital, el perímetro torácico, pueden hacer pensar en la tuberculosis, sin darse tampoco una prueba decidida; de signos físicos no habrá para qué hablar en muchas ocasiones; el análisis de los esputos, la investigación de las células de impotencia cardíaca, puede ser de gran utilidad en las mencionadas condiciones.

Tiene este dato como elemento de juicio, dice el Dr. Verdes Montenegro, el inconveniente de que, presentándose las células cardíacas en un variado número de afecciones, no puede alcanzar un gran valor, sino cuando el examen del enfermo puede hacernos eliminar otras causas capaces de producir su aparición. Ya por ser de *exclusión* es malo este diagnóstico. Un diagnóstico de exclusión sólo podríamos formarlo en buena lógica, cuando conociésemos todas, *absolutamente todas* las circunstancias en que un fenómeno se produce y pudiésemos eliminar en un caso determinado todas las circunstancias, menos una. Desgraciadamente, esto no sucede nunca con ninguna clase de fenómenos, y por lo que hace á las células en cuestión, no podemos vanagloriarnos tampoco de conocer todas las causas que determinan su aparición en los esputos. Sin embargo, aun con estas limitaciones, bueno será tener en cuenta el dato y utilizarle en unión de los ya mencionados, considerando que es mucho más acertado clasificar á un individuo dudoso como tuberculoso efectivo y tratarlo en consecuencia, que no darlo por enfermo de una afección banal y perder lastimosamente esos primeros momentos, tan valiosos para el tratamiento de la tuberculosis. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 18 *de noviembre de* 1902 (1).

Datos referentes á la etiología de la fiebre hemoglobinúrica.—El Dr. Kelsch: El Dr. Spiridion Kanellis (de Atenas) ha remitido un trabajo con este título. Procura demostrar en él, fundándose en 30 observaciones personales, que hay dos clases de fiebre hemoglobinúrica: una debida al paludismo y otra á la quinina.

Esta última se observa en los individuos cuyos glóbulos rojos son caducos antes de tiempo, bien por una causa hereditaria ó adquirida, bajo la influencia de estados morbosos diversos, y en particular del paludismo.

Sabemos que la naturaleza de la fiebre hemoglobinúrica ha sido objeto de grandes controversias desde hace muchos años. Para unos es una fiebre palúdica, para otros es una intoxicación quínica.

Es posible, sin embargo, hacer ciertas objeciones á las ideas admitidas.

Puede objetarse á la naturaleza palúdica de este proceso febril: que el hematozoario no existe siempre en la sangre de los hemoglobinúricos y que las lesiones específicas del paludismo son tan inconstantes como la presencia del parásito de Laveran; que esta fiebre puede presentarse primitivamente en sujetos que jamás han tenido manifestaciones palúdicas; que la quinina ejerce poca influencia sobre la fiebre hemoglobinúrica, y cuando se emplea á grandes dosis hasta es capaz de agravar el pronóstico de la afección; por último, que la distribución geográfica de las dos fiebres hemoglobinúrica y palúdica varía de un modo notable.

Por todas estas razones, algunos médicos italianos y después Koch, han emitido la idea de que la fiebre hemoglobinúrica es resultado de la intoxicación quínica. Sin embargo, á pesar del empleo á veces abusivo de la quinina en los países donde reina el paludismo, la fiebre biliosa hematúrica no es frecuente ni mucho menos. Es posible que algunos de sus síntomas sean determinados por la quinina, en las personas cuyos glóbulos rojos tienen una susceptibilidad especial por este medicamento. Mas esta supuesta fiebre quínica puede presentarse en los países cálidos en individuos que no han tomado quinina, ó que han tomado dosis pequeñas después de haber tolerado otras elevadas anteriormente.

A causa de todas estas objeciones, los dos conceptos sobre el origen palúdico y quínico de la fiebre hemoglobinúrica, han sido sustituídos últimamente por una tercera opinión, la del origen microbiano de esta fiebre.

Ha sido defendida en particular por nuestro colega el Dr. Vincent, y es

(1) La sesión del día 11 se dedicó á cuestiones del régimen interior de la Academia.

quizá la que cuenta en la actualidad con más partidarios. El paludismo, al desorganizar el glóbulo rojo, predispone simplemente al organismo á las agresiones del microbio aún desconocido de esta afección. En el estado actual del problema es más difícil decir lo que es esta enfermedad que afirmar lo que no es. Este concepto nuevo se adapta perfectamente á los caracteres epidemiológicos y etiológicos de la fiebre hemoglobinúrica, y sobre todo á su carácter epidémico en ciertas regiones.

Extirpación del recto por la vía abdominal.—El Dr. Duret: Los operadores que practican la extirpación total del recto por la vía abdominoperineal, seccionan de ordinario el *asa omega*, y la fijan á la pared abdominal. Resulta un ano artificial con todas las desventajas inherentes á esta deformidad.

Hemos creído que no sería imposible descender el asa omega hasta el ano y hasta en muchos casos (cuando se trata de cánceres que ocupan la mitad superior de la ampolla ó están situados más arriba), restablecer la función por las vías naturales, lo que constituye una ventaja importante.

El asa omega, á menudo flexuosa, está fija á la columna vertebral por un meso larguísimo, algunas veces hasta prolongado por la retención y los esfuerzos de defecación cuando hay estrechez rectal. Este meso es más largo en su parte media que en las extremidades, y forma pliegues en relación con la parte flexuosa de la S ilíaca.

Basta seccionarla ligeramente en su borde anterior para que se movilice con el intestino y permita á éste estirarse considerablemente hasta ponerse casi rectilíneo.

La arteria mesentérica inferior, que nace en la parte inferior de la aorta, á 5 ó 6 centímetros de su bifurcación, y sus ramas, las arterias cólicas, son bastante flexuosas y se anastomosan formando arcos. Entre el borde interno del mesocolon ilíaco y la arteria cólica inferior izquierda, existe un espacio bastante extenso desprovisto de vasos.

Estas disposiciones anatómicas explican cómo es posible, sin estiramiento exagerado y sin peligro de esfacelo, descender el asa omega hasta el ano y fijarla en él.

En dos casos de cáncer del recto, situado en la parte superior de la ampolla, triunfamos operatoriamente en esta empresa y, aunque nuestros enfermos murieron, creemos útil indicar el método seguido.

Primer caso. — En una mujer, muy delgada á causa de las diarreas incesantes y que tenía un cáncer del recto adherido al útero, abrimos, como primer tiempo, el abdomen, seccionamos el recto al nivel del asa omega, separamos de las paredes pelvianas la masa cancerosa rectal y ganglionar y desprendimos el útero hasta las paredes pelvianas.

En un segundo tiempo, según el procedimiento de Murphi, abrimos la vagina, desecamos la parte inferior de la ampolla rectal, la cortamos al través y extrajimos, por la brecha de la vagina, todo el segmento del recto separado ya por el abdomen.

En un tercer tiempo bajamos sin dificultad el asa omega hasta ponerla en contacto con la extremidad anterior de la ampolla rectal, á la que la suturamos, después de cerrar la vagina.

A los ocho días de operada la enferma, se administró un purgante de aceite de ricino, y la evacuación se hizo por el ano sin incidente alguno.

Esta mujer murió á los pocos días, sin que la muerte pudiera imputarse á la extirpación del recto.

Segundo caso. — En un hombre de cincuenta años, con cáncer extenso en la ampolla rectal, practicamos la operación siguiente: abertura del abdomen y sección del recto á nivel del asa omega; aislamiento del recto y de la masa ganglionar de las paredes pelvianas; incisión extensa en U rodeando el coxis y extendiéndose hacia las fosas isquiorectales; en su centro, incisión perineal media, con dos ramas anteriores alrededor de la mitad posterior del ano; por estas incisiones, penetración hasta la parte inferior de la ampolla rectal; aislamiento de ésta con los dedos; sección transversal y ablación por el periné (sin brecha ósea alguna) de todo el cilindro rectal desprendido por la vía abdominal. Desbridamiento ligero del mesocolon; descenso fácil de la extremidad inferior del asa omega y sutura de ésta á la parte conservada de la ampolla rectal. Oclusión de las heridas perineal y abdominal.

El enfermo murió, por desgracia; pero, como en el caso anterior, observé que el descenso del asa omega se había obtenido sin alteración alguna de sus paredes y sin complicación por esta parte.

La única conclusión que quiero sacar de estos dos hechos es que se puede, sin peligro de esfacelo, bajar el asa omega al ano y evitar así la deformidad del ano artificial.—(*Bulletin de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 12 *de noviembre de* 1902.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis.— El Dr. Reclus: Creo que ya puede predecirse que la discusión que se sostiene acerca de la apendicitis no modificará en nada la opinión de cada uno de nosotros. En efecto, las dos escuelas pueden esgrimir argumentos de diversas clases, y cada una de ellas es bastante firme para poderlos defender. Uno de los argumentos consiste en establecer una comparación entre las ventajas del método en frío y del método en caliente. Por este motivo deben separarse de la discusión los casos en que el acto operatorio debe verificarse de urgencia. Otro argumento de mucha mayor importancia es el que emiten los radicales, diciendo que no se puede prever la marcha ulterior de una apendicitis. Los hechos de Leguen y de Gerard-Marchant le han dado nuevo relieve, haciendo resaltar su valor para concluir que toda apendicitis debe ser operada desde el primer momento. Yo me levanto contra esta conclusión, puesto que no se debe afirmar que un acto operatorio, aun practicado á tiempo, irá siempre seguido de curación. Se sabe, en efecto, que hay apendicitis tóxicas que matan, hágase lo que se quiera. Estamos todos de acuerdo para intervenir inmediatamente cuando los accidentes son graves y amenazadores, puesto que la intervención es la que da más probabilidades de curación; no hay, pues, motivo para dudar, teniendo en cuenta, sobre todo, que más tarde está rodeada, con frecuencia, de mayores dificultades. También se impone del mismo modo la operación cuando el peritoneo está interesado, y en casos semejan-

tes todos seguimos la misma conducta. Dicen también los intervencionistas: nosotros operamos desde que el diagnóstico está hecho. ¡Pues no sabemos acaso cuán difícil es este diagnóstico algunas veces, cuán numerosas son las enfermedades del vientre que pueden confundirse con la apendicitis! Pero al lado de las apendicitis graves se observan numerosos casos en que los accidentes parecen revestir un cierto carácter de benignidad y en estos casos, ¿qué debe hacerse? La mayoría contestan que es necesario abstenerse y esperar que la apendicitis se enfríe; en estas circunstancias el diagnóstico es con frecuencia dificultoso; la palpación en particular no siempre es positiva, y sin embargo, no creo que sea un motivo de equivocación tan frecuente como ha dicho el Dr. Routier; basta saber vencer la resistencia muscular para percibir por debajo el foco inflamatorio. Cuando intervenimos, encontramos con frecuencia en medio de las masas induradas y rodeadas de adherencias que aislan el peritoneo y lo han puesto al abrigo de los contactos sépticos, un foco purulento de variable capacidad. Tales son los casos de la apendicitis enfriada, cuya evolución sólo ha determinado fenómenos locales de mediana intensidad; si el examen de los accidentes locales no ha de ser descuidado, el examen del estado general debe servirnos de guía; cuando es satisfactorio se ha de dejar enfriar la enfermedad, pues considero la operación en caliente (abstracción hecha de la simple excisión del absceso sin buscar el apéndice) como una operación grave si se procede sistemáticamente á la ablación del apéndice y á buscar los abscesos prerectales y prehepáticos. En los casos contrarios, en que se reduce la operación á practicar una que no sea radical, lo cual es mucho menos peligroso, se expone al enfermo, según se ha dicho, á conservar fístulas que persisten mucho tiempo ó á tener una eventración ó á presentar recidivas. Estas eventualidades no pueden negarse, pero por lo mismo es necesario no exagerarlas, puesto que la desaparición de las fístulas es más frecuente que la persistencia; la eventración puede evitarse haciendo la incisión de Roux y las recidivas no son constantes. En resumen; el desacuerdo entre nosotros es menos profundo de lo que parece, y se refiere principalmente al enfriamiento de las apendicitis. Por todas estas razones continúo siendo contemporizador eventual.

El Dr. Nélaton: He de apoyar la opinión emitida por el Dr. Quenu en la sesión precedente de que se debe desechar toda sistematización absoluta en el tratamiento de las apendicitis. Es indudable que el cirujano que proponga la intervención cuando son efímeros los accidentes, tendrá pocas probabilidades de que sea admitida, y no debe practicarla del propio modo que en los casos agudos y sobreagudos que se enfrían en algunas horas. En las formas graves, siempre más ó menos complejas, si los accidentes duran más de cuarenta y ocho horas, es preciso intervenir. Existen dos síntomas clínicos, sin embargo, que les considero de gran valor en estas circunstancias; uno de ellos consiste en la alteración de los rasgos fisiognomónicos, que si coincide con un pulso frecuente y con una temperatura media no dudo en hacer la operación, que en tres casos he visto que ha sido seguida de curación. Nunca espero la disociación del pulso y de la temperatura, puesto que entonces es demasiado tarde. El segundo síntoma capital consiste en el dolor agudo, intenso, atroz, localizado á la derecha, acompañado con frecuen-

cia de vómitos, dolor que siempre va seguido de un absceso que provoca la muerte. He aquí algunos ejemplos: hace dos años ví á un hombre que había sentido un intensísimo dolor durante la noche; al día siguiente se había calmado, el pulso latía 100 veces y la temperatura era de 37°,5 y el vientre no estaba timpanizado; prescribí el tratamiento médico y durante cinco días nada se observó, pero al sexto el dolor reapareció súbitamente y el enfermo murió en seis horas. En otro enfermo, el mismo dolor violento, pulso acelerado y temperatura de 38°; el tratamiento se aplicó durante ocho días, reaparecieron los accidentes después é hice la laparotomía; el peritoneo estaba sano, pero había un absceso que, contaminando el peritoneo, aceleró la muerte. Podría citar algunos otros casos semejantes, y estoy convencido que estos ataques de dolor agudo van siempre seguidos de un absceso que no se absorbe, y por lo tanto creo que no se ha de contemporizar, sino que se ha de intervenir con prontitud.

El Dr. Tuffier: Desde la última discusión que se sostuvo aquí acerca de este asunto, he estudiado la frecuencia de la curación espontánea de la apendicitis, lo cual era una forma de comprobar la veracidad de este axioma: todo apéndice infectado ha de extirparse. Ante todo, he tratado de conocer lo que había sido de los enfermos, y, según mis observaciones, me ha parecido que los que habían sido atacados con más violencia quedaron definitivamente curados. Además, con el Dr. Jaune he hecho una investigación anatomopatológica, de la cual ha resultado que el 20 por 100 de los cadáveres examinados tenían lesiones apendiculares antiguas; luego la frecuencia de la curación espontánea de las apendicitis no es rara. Es indudable que son estériles estos datos, puesto que no se sabe por qué síntomas se manifestaron dichas apendicitis; por esto estimo que todo apéndice infectado debe extirparse. Como en otras ocasiones, considero la intervención practicada en las primeras cuarenta y ocho horas como el acto operatorio de elección. Siempre que he seguido esta conducta han curado mis enfermos. Desgraciadamente, el cirujano no siempre es llamado al principio merced al consejo equivocado de tratar los enfermos por el hielo y el opio, tratamiento que ha de abandonarse y ha de ser reemplazado por el bisturí. La dificultad de establecer el diagnóstico es un argumento que se ha esgrimido al discutir la intervención; si los accidentes son característicos debe intervenirse inmediatamente, pero en los casos dudosos vale más contemporizar. Como mis colegas, he visto casos en que la contemporización ha ido seguida de muerte. Recuerdo haber visto una joven embarazada de seis meses la noche misma del día en que el dolor se manifestó; aconsejé la operación inmediata, pero un médico de los hospitales llamado en consulta fué de opinión contraria; al tercer día la mujer abortó y al quinto sucumbió. Consignaré otro caso de terminación fatal en una joven de veinte años que tuvo dolores en el período menstrual; por este motivo el diagnóstico había sido dudoso y no hice la incisión hasta el sexto día, encontrando entonces un foco de olor gangrenoso; la enferma sucumbió. En otros dos casos observados en el hospital sucedió lo mismo. Cuando somos llamados en el curso evolutivo de la enfermedad, la cuestión siempre es difícil de decidir. Al lado de las indicaciones operatorias ordinarias, tengo muy en cuenta ese estado de la fosa ilíaca que está, por decirlo así, mudo á la palpación. Es ne-

cesario intervenir inmediatamente puesto que la situación es amenazadora; no se encuentra absceso, pero el apéndice está perforado. Si, por el contrario, existe una tumefacción, se puede esperar vigilando. En cuanto al diagnóstico de supuración y de gangrena, ignoro sobre qué base puede establecerse de un modo cierto. En lo que se refiere á las apendicitis en frío, existen algunas que no deben operarse, puesto que los accidentes acaban por atenuarse y desaparecer; en caso de persistencia la operacion está indicada. Desde 1899 he operado 152 enfermos; 83 en frío con 83 curaciones; 72 en caliente con 10 muertos, y 5 supuraciones con gangrena con 5 muertos.

(*Bull. Méd*). — Codina Castellví.

XV CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 20 *al* 25 *de Octubre de* 1902.

Cirugia del corazón y del pericardio. — Los Dres. Terrier y Reymond (de París, ponentes): Las heridas del cráneo y del pericardio se pueden presentar bajo tres formas distintas: 1.ª, herida del corazón y del pericardio; 2.ª, herida del corazón; y 3.ª, sólo está herido el pericardio: como la intervención con poca diferencia es la misma sea cual fuere de estas tres eventualidades, se puede tomar como tipo el traumatismo, en el cual está herido el corazón y el pericardio, que por otra parte es el hecho más frecuente y el que ha dado más éxitos.

Los procedimientos empleados para abrir la pared del tórax son varios, ó por mejor decir, cada operador ha hecho una operación distinta; sin embargo, todas se pueden dividir en dos grupos: 1.°, procedimientos de toracotomía con resección permanente de una ó varias costillas ó cartílagos costales; 2.°, formación de un colgajo osteomusculocutáneo, únicos que deben hacerse, pues la resección ó es insuficiente ó deja sin protección al corazón.

Prefieren los ponentes (eso sí, sólo por estudios en el cadáver) una ventana con charnela externa, estando el borde libre colocado algo por fuera de la articulación condroesternal, la cual tendría la ventaja de ser fácil de ejecutar, rápida, de hemostasia sencilla, posible con ella no herir la pleura, dejar ancho campo operatorio, pues pone al descubierto en gran extensión la región cardíaca, pudiendo agrandar la abertura cuanto fuera preciso con sólo prolongar hacia adentro las incisiones horizontales y levantar el colgajo cutáneo interno.

La abertura del pericardio y la intervención pueden ser extra ó intrapleuríticas; en el procedimiento ensayado en el cadáver por los ponentes se levanta el colgajo musculo óseo cutáneo, y se invierte hacia afuera, despegando con cuidado la pleura con la mano izquierda (cubierta con una compresa), que se insinúa entre la cara profunda del colgajo sostenido con la mano derecha y la pleura. En la mayoría de los casos la pleura ha sido herida, lo cual se ve al despegarla, siendo fácil casi cerrar con una pinza la abertura pleurítica, pero si también ha sido herido el pulmón, conviene agrandar la herida de la pleura y con una pinza coger el borde del pulmón que sangra. Aun en estos casos, los actos siguientes deben ser extrapleuríticos.

Se separa el fondo de saco de la pleura del pericardio, empezando por la parte inferointerna de la brecha operatoria y se levanta hacia arriba y afuera; hacia adentro, el fondo de saco está adherido al músculo triangular, y lo más prudente es desinsertar dicho músculo de la cara profunda del esternón.

Al descubierto el pericardio, se agranda la herida que presenta cuanto lo permita el colgajo torácico, y haciendo resbalar el índice y medio de la mano izquierda debajo del corazón, éste tiende á herniarse y queda á la vista la cara anterior de los dos ventrículos, con lo cual se ve si hay ó no herida de la misma, en cuyo caso se tiene fijo el corazón con los dedos ó sosteniendo su cara anterior contra el borde superior de la brecha torácica, y se procede á suturar la herida empleando casi siempre el punto por encima. Se sutura después el pericardio parcial ó totalmente, según sea preciso ó no hacer desagüe; en caso de ser preciso también el desagüe de la pleura, se debe hacer por medio de dos tubos independientes y lo más lejos posible el uno del otro.

En caso de un cuerpo extraño hay que proceder de un modo análogo; los más frecuentes son las agujas, que no son de pronóstico benigno; la estadística de Luison comprende 23 casos con 14 muertos y 9 curados, y de ahí la necesidad de extraerlas siempre y cuanto antes mejor. Si no se ve, conviene un examen radiográfico, y comprobada su presencia es mejor que hacer una ventana limitarse á una incisión.

En el pericardio, además de las lesiones traumáticas, hay que intervenir en los derrames, y si el hidropericardias produce fenómenos de compresión, la punción estará indicada, como también lo está en la pericarditis para que cesen los accidentes de la compresión. La punción se hace en el cuarto, quinto ó sexto espacio ó por dentro de los vasos mamarios internos, de modo que se evite el fondo de saco de la pleura, ó por fuera de dichos vasos, pero como en este caso se hiere la pleura, sólo se debe recurrir á tal procedimiento cuando el contenido del pericardio es aséptico.

En la pericarditis supurada está indicada la pericardiotomía, y como no basta la incisión á través de un espacio intercostal, conviene resecar uno ó varios cartílagos intercostales, cuyo valor demuestran las cifras siguientes:

De 19 casos de incisión sin resección, han curado 6 y murieron 13; de 14 casos de incisión con resección, han curado 8 y han muerto 6.

El Dr. Fontan: He intervenido dos veces con éxito en heridas del corazón; el primer operado vive, el segundo murió á los cinco meses de una embolia cerebral; en la autopsia se vió que la cicatriz cardíaca era perfecta, pero existía en el ventrículo un coágulo adherido á la cicatriz, punto de origen sin duda de la embolia cerebral. Había que determinar si en la técnica de las suturas del corazón hay condiciones que favorecen la formación de coágulos y si sería posible evitar dichas condiciones.

El Dr. Villon: En un gran número de animales he hecho experimentos referentes á la técnica de la sutura de las heridas del corazón. La mejor sutura es indudablemente el punto por encima, debiendo tener sumo cuidado que el hilo coja la pared cardíaca sin que llegue á la superficie interna.

El Dr. Delorme: En los casos de estrecheces de la mitral he pensado en la posibilidad de intervenir, y creo que tal vez pudiera ensayarse si era posible llegar á las cavidades del corazón por medio de los vasos del cuello.

El Dr. *Faure* ha hecho el desagüe del pericardio en un individuo que pre-

sentaba todos los síntomas de un derrame enorme con compresión del corazón, aritmia, opresión, fiebre. La incisión del pericardio dió salida á 1000 gramos del líquido: se puso desagüe. Hasta el quinto día continuó la fiebre, después se mejora, se suprime el desagüe, y se deja cicatrizar la herida. A los pocos días reaparece la opresión y la aritmia; se introduce un estilete por el orificio del desagüe y salen de 700 á 800 gramos de líquido: mejoría. Pocos días después el orificio se ensancha y el líquido se hace purulento y fétido, y el enfermo muere próximamente á los dos meses de la última intervención.

La autopsia demostró que se trataba de una pericarditis tuberculosa.

El Dr. *Savariaud* ha intervenido en un caso de herida del corazón; no se percibía el pulso en la radial y el estado del enfermo era desesperado. El corazón estaba comprimido por un derrame que se vació al incindir el pericardio. En el ventrículo derecho, cerca de la punta, había una herida de algunos milímetros, que se suturó fácilmente. Muerte por infección á las cincuenta y dos horas de intervenir.

El Dr. *Mauclaire* ha intervenido en un caso de herida del pericardio con herida del origen de la arteria pulmonar, en un joven que había sido herido con una lima en el tercer espacio intercostal izquierdo. Fué difícil colocar el primer punto de sutura y fácil los dos restantes. Desagüe del pericardio y de la pleura. Muerte á las setenta y cuatro horas.

El Dr. *Faure* ha observado cuatro casos de entrada de aire en las venas; de ellos, uno sólo grave, pero no mortal. Cree que dicho accidente tiene un sitio de elección, al nivel del ángulo de la yugular y de la subclavia derecha, pues los cuatro casos se ha producido en dicho punto.

Preparación del catgut.— El Dr. *Lucas Championnière* sigue en la preparación del catgut el método de Lister, añadiendo la inmersión al sacarlo del baño fenicado, en un baño de esencia de trementina. Emplea para las suturas perdidas muchos hilos, sin que haya observado accidente alguno; el catgut preparado así no se elimina, forma parte integrante de los tejidos, en cuyo seno se encuentra y contribuye á la reparación. Toda la serie de medios complicados que se han propuesto para esterilizar el catgut, son completamente inútiles.

Absceso cerebral de origen ótico.—El Dr. *Lermoyer*, en un enfermo al cual había hecho una excavación mastoidea que permitió vaciar un absceso extradural, reaparecieron síntomas graves y afasia, que demostraban se había formado un absceso cerebral. Hizo una trepanación al nivel de la fosa temporal, dando salida á la colección y curando el enfermo. En este caso, se convenció que la vía mastoidea no hubiera permitido la limpieza del absceso cerebral.

Anestesia con el éter. — El Dr. *Julliard* ha hecho 9289 eterizaciones en veinticinco años, sin un caso de muerte; sólo tres veces ha debido hacerse la respiración artificial con éxito. Nunca ha observado accidentes broncopulmonares, y cree que la mayor parte de las neumonías que se atribuyen al éter son simplemente neumonías infecciosas. Se debe tener en cuenta las contraindicaciones: mal estado de las vías respiratorias, operaciones en la cara, etc.

El Dr. *Monprofit* ha empleado el éter en unos 500 casos y ha observado

á menudo complicaciones en el aparato respiratorio, por lo cual ha renunciado á dicha anestesia, para usar exclusivamente el cloroformo en 5800 casos, habiendo observado sólo un muerto.

El Dr. *Villar* cree que el éter es preferible al cloroformo, bajo el punto de vista de la mortalidad.

El Dr. *Reyner* recomienda la mezcla de alcohol absoluto, cloroformo y éter en los viejos, en los individuos muy débiles, cardíacos, renales, broncopulmonares ó en operaciones largas.

El Dr. *Roux*, dice que el peligro del éter está en que, siendo inócuo, se da con profusión, sin que se vigile lo preciso; pero con alguna vigilancia se evitan las complicaciones post operatorias.

El Dr. *Reboul* recomienda como anestésico general el cloruro de etilo.

El Dr. *Thiery* cree que cuando hay accidentes clorofórmicos con dilatación de la pupila, hay que hacer inmediatamente la traqueotomía, colocar la cánula é insuflar directamente; de esta manera ha logrado hacer revivir á enfermos cuyo estado parecía desesperado.

Trepanación de la apófisis mastoidea con el termocauterio.—El Dr. *Gauthier* cree que la incisión de las partes blandas con el termocauterio para hacer la trepanación de la apófisis mastoidea, tiene la ventaja de permitir la hemostasia inmediata sin perder tiempo; el desagüe es fácil, la herida de la piel es menos dolorosa que con el bisturí. El resto de la trepanación se hace según la técnica habitual.

Tratamiento de los cánceres de la cámara posterior de la boca. — El doctor *Faure* ha intervenido en 25 casos, habiendo en los últimos renunciado á la traqueotomía previa que hacía en los primeros operados. Es de necesidad sacrificar la rama ascendente del maxilar, con lo cual queda ancho campo y es muy fácil extirpar dichos cánceres. Además, es preciso dejar abierta toda la parte inferior de la herida cervical, lo cual permite un amplio desagüe y hacer grandes y frecuentes irrigaciones con el agua oxigenada. A pesar de todo, la mortalidad todavía llega del 25 al 30 por 100.

Nuevo procedimiento operatorio en el desprendimiento de la retina.—El doctor *Galezowski*, dice que el desprendimiento de la retina casi siempre es traumático: caída, golpe, etc. Desde hace cinco años se limita á hacer una punción para vaciar dicho líquido, con lo cual ha obtenido excelentes resultados, habiendo recobrado los operados, en su mayoría, la mayor parte de su campo habitual.

Resultados de la gastroenterostomía. — El Dr. *Monprofit*, de 101 casos de gastroenterostomía, ha hecho 15 veces la anterior, según el procedimiento de Wolfler; 73 la posterior, según el procedimiento de von Hacker; 13 veces el procedimiento de Roux. En los anteriores, las funciones del nuevo píloro han sido más defectuosas que con los otros dos procedimientos, en tanto que los resultados de los otros dos procedimientos han sido sensiblemente iguales, si bien el de Roux da resultados más constantes y más perfectos; pero como el procedimiento de Roux es algo más difícil y largo de hacer, emplea de preferencia el de von Hacker en los cancerosos muy débiles, reservando el de Roux para las afecciones benignas del estómago.

El Dr. *Hartmann* ha hecho 60 operaciones de estómago, de las cuales, 53 gastroenterostomías, con 10 muertos. Para obtener buenos éxitos en las le-

siones benignas del estómago, hay que seguir algunas reglas, en lo que se refiere á las indicaciones, y no operar todos los casos rebeldes al tratamiento médico, debiendo tener presente que las dispepsias nerviosas no suelen dar buenos resultados. En la dilatación simple, aun en período atónico, sólo por excepción, está indicado intervenir. En la estenosis pilórica se debe intervenir cuanto antes mejor. Una úlcera reciente no complicada se debe tratar por los médicos; y cuando la úlcera es crónica, no hay que intervenir más que cuando la lesión recae al nivel del píloro y produce trastornos mecánicos.

El Dr. *Roux* no admite las ideas de Hartmann en lo que se refiere al tramiento de la úlcera, y no aguarda la aparición de trastornos mecánicos para hacer la gastroenterostomía, que facilita de un modo notable la curación. También cree se debe intervenir en las hemorragias intensas, en cuyo caso ha obtenido grandes resultados de la extirpación de la úlcera y sutura. No emplea el botón de Murphy.

El Dr. *Pauchet* ha operado 30 enfermos con lesiones no malignas del estómago con sólo 2 muertos; de ellas eran 25 gastroenterostomías con sólo un muerto; de ahí que considere dicha operación absolutamente benigna en las afecciones no malignas del estómago. En la mayoría de los casos, el resultado ha sido muy satisfactorio, y también niega que la gastroenterostomía no alivia las dispepsias nerviosas. En cuanto á la técnica, prefiere el procedimiento de Petersen, que deja al estómago é intestino en sus relaciones normales.

Diagnóstico y tratamiento de la apendicitis.—El Dr. Cazin: La numeración de los glóbulos blancos de la sangre es un elemento de gran valor, desde el punto de vista de la indicación operatoria, en la apendicitis aguda, sobre todo para el diagnóstico precoz de los abscesos, mucho antes que otros signos revelen que hay pus. La indicación operatoria es terminante para los dos primeros días, puesto que los resultados de la operación pronta son perfectos. Pero hay que tener presentes los casos en los cuales el cirujano es llamado al tercer día, casos en los cuales los contemporizadores aguardan á que el enfermo esté casi irremisiblemente perdido para intervenir, y es que puede ocurrir al médico de más experiencia que no reconozca á tiempo una forma grave, y precisamente para estos casos conviene el examen de la sangre. El autor ha reunido 201 observaciones de apendicitis, de ellas 28 personales, en las cuales se ha hecho dicho examen.

Al principio de la crisis hay aumento de leucocitos, siquiera sea pasajero en las formas benignas, siendo mucho más considerable en los casos de gangrena, absceso ó peritonitis generalizada.

El aumento en el número de glóbulos blancos, en día lejano de la iniciación del proceso, prueba con certeza que hay un absceso. Las pequeñas colecciones enquistadas que se encuentran en las operaciones hechas *en frío*, no permiten la absorción de las toxinas, causa del aumento de los leucocitos. Para que este estudio sea instructivo, debe repetirse el examen, que se debe proseguir después de la operación hasta que todo se normalice.

El Dr. *Thiery* habla de las indicaciones operatorias en la apendicitis. Si hay absceso hay que intervenir sin retardo, y entonces prefiere la incisión de Roux y sólo extirpa el apéndice cuando se encuentra sin dificultad algu-

na. En la apendicitis aguda sin supuración, hay que intervenir si al cuarto día subsiste la defensa muscular, la elevación de la temperatura y la frecuencia del pulso. Por último, en la apendicitis generalizada se debe intervenir por pequeñas que sean las probabilidades de curación.

El Dr. *Guinard* ha visto dos casos de pleuresía purulenta apendicular. El primero se refiere á un niño de once años, al que había operado de apendicitis de forma grave, con extirpación del apéndice y desagüe amplio. Continuando los síntomas de infección, hizo una pleurotomía vaciando un derrame purulento abundante. Curación rápida. En el segundo caso se trataba de un hombre de cuarenta y nueve años, que tenía una pleuresía purulenta, y al cual hizo la pleurotomía. Dicho individuo había tenido varias crisis apendiculares, y la última, hacía seis meses, dió origen á la pleuresía purulenta. Un mes después de salir del hospital curado de su pleuresía, tuvo una nueva crisis: extirpación *en frío* del apéndice, formación de una pequeña fístula estercorácea que parece tiende á curarse.

El Dr. *Barnsby*, en 1898 se ocupó de una variedad de apendicitis de origen anexial. Después se ha convencido que en la mayoría de los casos esta forma se puede diagnosticar. Esta variedad tiene una evolución crónica desde el primer momento. Comprobar las lesiones de los anejos, la existencia de crisis dolorosas desarrolladas al nivel de la fosa ilíaca derecha y complicadas de astricción, he ahí los principales elementos diagnósticos de esta clase de apendicitis.

Cirugía del hígado.—El Dr. *Tedenat* ha operado cuatro casos de grandes abscesos del hígado, consecutivos á la gripe, los cuales contenían, por término medio, de un litro á litro y medio de pus, cuyo examen bacteriológico ha sido negativo, lo cual autoriza á pensar que el pus era estéril. La curación se ha obtenido sin incidente alguno.

El Dr. *Delbet*, en una mujer de treinta y dos años, con síntomas que simulaban una litiasis biliar, encontró al hacer la laparotomía que el hígado estaba adherido á la pared anterior del abdomen, destruída la adherencia, que probablemente era congénita; la enferma curó.

En otro caso, una mujer de cincuenta y dos años tenía una ictericia crónica que se creyó debida á una obstrucción calculosa del colédoco. Al operarla se encontró un aumento de volumen é indurada la cabeza del páncreas y, juzgando que se trataba de un cáncer, se cerró el vientre. La enferma curó y sigue bien á los dos años de la intervención.

El Dr. *Barnsby* operó á una mujer que sólo había tenido trastornos gastrointestinales, diagnosticados de absceso periapendicular; en la operación encontró una vejiga biliar enorme, adherida por abajo al ciego, y por dentro al colon descendente, extrayendo de ella 700 gramos de pus y 294 cálculos poliédricos. Extirpación de todo el fondo de la vejiga y marsupialización del resto. Curación rápida, quedando sólo una fistulita insignificante.

El Dr. *Peraire* ha operado una mujer de sesenta y un años, que tenía un tumor doloroso al nivel de la vejiga de la bilis. Incisión lateral, quedando al descubierto una vejiga distendida por la bilis, pero que no contiene cálculo alguno en su cavidad, pero sí en la pared de la vejiga. Colecistectomía y unión á la pared abdominal del conducto cístico, del cual se extrajeron 27 cálculos. Curación.

El Dr. *Marie* hizo una colecistostomía á una mujer de sesenta y seis años. La vejiga contenía 400 gramos de líquido y un cálculo de 27 gramos el conducto cístico. Fijó la vejiga á la pared abdominal; curación, cerrándose la fístula á los dos meses.

De la intervención quirúrgica en las heridas del estómago por armas de fuego.—El Dr. *Forgue* ha intervenido en un caso de herida de estómago por bala de revólver; después de haber suturado la herida de la cara anterior, buscó sin hallar el orificio de salida. El enfermo murió de hematemesis á los tres días. Autopsia: la bala estaba en el estómago, en el cual había una úlcera, debida sin duda á la contusión producida por el proyectil.

El Dr. *Souligoux* ha intervenido, en el año pasado, dos veces por heridas del estómago por bala de revólver. En el primer caso el herido murió de hemoneumotórax, y sólo en la autopsia se halló el orificio posterior. En el segundo fué difícil encontrar la herida de la cara anterior, que cerró con una ligadura; no encontró la posterior; hizo desagüe y el enfermo curó.

El Dr. *Cazin*, en una mujer que se tiró un tiro de revólver, halló con facilidad una herida en la cara anterior, que suturó. La exploración negativa de la cara posterior, le hizo deducir que el proyectil había quedado en el estómago, y en efecto, la bala se encontró al octavo día en el excremento. La enferma curó sin accidente.—(*La Semaine medicale*).—J. Ribera.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 31 *de Octubre de* 1902.

Leucemia linfática aguda. — El Dr. Carlos Stenberg: Un aprendiz de encuadernador, de catorce años, ingresó en la Clínica del Dr. Bamberger el día 21 de octubre último. Siempre había estado sano hasta catorce días antes de su ingreso en el hospital, en cuya fecha observó que el vientre empezó á aumentar de volumen, presentándose al poco tiempo dificultad respiratoria y sensación de tirantez. Cuando ingresó en el hospital este sujeto, lo que más llamó la atención fué su extremada palidez. Además, el bazo estaba muy hipertrofiado, tanto que llegaba á dos dedos por encima de la cresta ilíaca; el esternón y los huesos largos estaban muy sensibles á la presión y la temperatura orgánica llegaba á 38°. En la sangre había un número inmenso de leucocitos, tanto, que se hallaban en la proporción de 1 por 2, predominando entre ellos los llamados grandes y uninucleares. También estaba aumentado, pero mucho menos, el número de leucocitos pequeños y uninucleares (linfocitos), encontrándose además alguno que otro glóbulo rojo nucleado. Era el cuadro de una leucemia linfática aguda, y como en algún caso de linfosarcomatosis ya habíamos encontrado un aumento de leucocitos grandes y uninucleados, sospechamos que tambien se trataría en el caso presente de la mencionada enfermedad.

El enfermo sucumbió el 27 de octubre, á las tres semanas de iniciada la afección.

En la autopsia se halló linfosarcomatosis del mediastino anterior é infar-

to del hígado y del bazo de carácter leucémico. Los ganglios linfáticos no estaban, por lo general, alterados; sólo los mesentéricos estaban un poco aumentados de volumen. En la médula ósea se encontraron un gran número de focos hemorrágicos, algunos del tamaño de una haba. Raspando las secciones del tumor mediastínico, del bazo y de la médula se recogían en el producto gran número de los mismos leucocitos grandes y unicelulares que se habían encontrado en la sangre.

Se trataba, por lo tanto, de un caso de linfosarcomatosis de los ganglios linfáticos del mediastino con transformación linfoidea del bazo y de la médula ósea. El estado de la sangre había correspondido en vida al de la leucemia linfática aguda con predominio de los mismos grandes leucocitos uninucleados que se hallaron después en el tumor del mediastino, en el bazo y en la médula ósea.

Tanto en el trabajo fundamental de Fränkel sobre la leucemia linfática aguda, como en los que se han publicado después, se menciona el aumento de leucocitos uninucleados como característico de la leucemia linfática, pero sin hacer mérito de qué clase de leucocitos se trata, por más que en la mayoría de los casos dicho aumento se refiere principalmente á los grandes.

Cuando se examina la sangre en varios de estos casos, se aprecian grandes diferencias. Así, en unos predominan los linfocitos ó leucocitos pequeños uninucleados, y en otros los grandes. En nuestro caso existía una linfosarcomatosis del mediastino anterior.

El caso que presentó hace ocho días Drozda en la Sociedad de Medicina interna, siguió la marcha propia de una leucemia linfática aguda; en la sangre predominaban los grandes leucocitos uninucleares, y en la autopsia se halló una linfosarcomatosis del estómago.

He de recordar que en el cloroma siempre está muy aumentado el número de leucocitos grandes y uninucleados; la sangre en estos casos se parece mucho á la de la leucemia. Ahora bien, el cloroma es muy afine al linfosarcoma y sólo se distingue de la linfosarcomatosis común por el color verde.

De los casos de leucemia linfática aguda que se encuentran mencionados en la literatura, en algunos no se indica la clase de leucocitos uninucleados cuyo número estaba aumentado; en otros los datos anatómicos son demasiado sucintos, y además es muy frecuente que se usen como sinónimas las denominaciones de linfosarcoma, pseudoleucemia y leucemia linfática, no pudiendo, por lo tanto, colegirse si las diferencias observadas en la composición de la sangre se reflejaban en las demás lesiones que se encontraron en los casos respectivos. Sólo recordaré que uno de los casos de Frænkel, que fué dado á conocer por Troje, Virchow lo calificó de linfosarcoma del bazo.

Frænkel, que considera á los grandes leucocitos uninucleados como derivados de los pequeños, y que cree que se encuentran en gran cantidad en algunos casos de leucemia, á consecuencia de una mayor energía proliferante de los linfocitos, dice al tratar de los ganglios linfáticos: «Con arreglo á esto, el Dr. Benda encontró en el examen de los cortes microscópicos de los ganglios, referentes á nuestro caso (y en completa armonía con lo que se halló en las preparaciones obtenidas por medio del raspado), atestado el seno con las células en cuestión, y hasta parece que por virtud de su proliferación se ha borrado casi por completo la estructura de los nódulos linfáticos

que, por lo común, permite distinguir bastante bien el folículo del seno (vías linfáticas)».

Todo esto recuerda mucho las lesiones de los ganglios linfáticos que estamos acostumbrados á encontrar en la linfosarcomatosis, y que han descrito Kundrat y Paltauf. Recordaré, además, que Palma ha descrito un caso igual al mío de leucemia linfática aguda con aumento de leucocitos grandes y uninucleados, y (en la autopsia) hallazgo de un sarcoma del timo.

Será, por lo tanto, muy posible que se trate de algo relacionado con la linfosarcomatosis en los casos de gran aumento en el número de leucocitos grandes y uninucleados, aun en aquéllos en que dicho aumento sea tan considerable que simule una leucemia linfática, y, por lo tanto, también sería posible entonces utilizar el estado de la sangre como dato para el diagnóstico. También es interesante el hecho de que en algunos casos de sarcomatosis, como el presente, se encuentran lesiones de carácter leucémico en otros órganos, por más que no podamos decir hoy por hoy qué relación puede haber entre estas lesiones y el desarrollo de la linfosarcomatosis.

El Dr. Kretz: Debo decir con referencia al Dr. Neusser que el caso de linfodermia que el Dr. Paltauf dió á conocer en 1892 al Congreso dermatológico, también presentaba los caracteres hematológicos de una leucemia linfática.

Cuerpo extraño en la laringe extraído por medio de una operación. — El doctor O. Chiari: Aquí presento un trozo triangular de carbón de madera de 2 á 3 milímetros de grueso y de 1, 2 y 2 y medio milímetros de lado, el cual fué extraído el 25 de octubre de la laringe de un niño de cinco años por medio de la laringofisura.

Al estar comiendo este niño espinacas el día 23 de septiembre sintió de pronto una violenta punzada en la laringe, escupió un poco y se vió acometido de una disnea tan intensa, que á la mañana siguiente tuvo el doctor Weinlechner que practicarle la traqueotomía. En los dos días siguientes se presentó fiebre hasta de 39°, pero ningún síntoma de crup ni de otra afección inflamatoria. El niño podía tragar bien, pero tosía más á menudo, y la laringe seguía impermeable al aire. Se intentó la intubación, pero en vano. El 11 de octubre es cuando empezó á hacerse la laringe algo permeable al aire, pero la voz estaba muy ronca y apagada. La resistencia del niño impidió usar el laringoscopio, y por los demás medios tampoco se pudo encontrar ningún cuerpo extraño. Toda excitación despertaba la fiebre.

Cuando me trajeron el niño el 23 de octubre, intenté también el examen laringoscópico, pero en vano, y tampoco dió resultado la endoscopia. Con el dedo se encontró libre la entrada de la laringe. Con la sonda introducida por la herida traqueal no se encontró nada. Sólo con la pinza laríngea de Schrötter, guiada por el dedo, es como se tropezó con un cuerpo extraño, áspero y duro que me parecía ser un hueso. Traté de cogerlo, pero se me escapaba, y como el niño toleraba muy mal estas tentativas, hube de renunciar á ellas, temiendo también que fueran causa de nuevas lesiones con el mismo cuerpo extraño. Por último, como las tentativas de usar el laringoscopio excitaban mucho al niño y le provocaban fiebre, y por otra parte, padecía de una bronquitis bastante intensa, propuse la laringofisura para el día siguiente.

Inmediatamente antes de la operación, se procedió al examen radioscópico, pero sin resultado, desistiéndose de hacer una radiografía, tanto por la rebeldía del chico como porque se sospechaba que se trataba de un hueso.

Al practicar la laringofisura, tropecé al momento con el cuerpo extraño, que era negro, contra lo que yo esperaba, y lo extraje sin ninguna dificultad. Después de terminada la operación ví que se trataba de un trocito muy duro de carbón de encina. Entonces me refirió el padre que el niño había sentido á los diecisiete días de la traqueotomía un cuerpo extraño en la garganta, y que al tratarlo de coger lo había tragado, expulsando después con las deposiciones una piedrecita (¿?) y un trocito de carbón de madera. El 28 de octubre tapé la cánula, y viendo que el niño respiraba bien la extraje el 30. Hoy ha desaparecido casi por completo la bronquitis, la respiración está libre y la voz muy poco velada. El niño está alegre y con buen apetito, aunque anteayer todavía tenía 38°,3 y ayer por la tarde 39'1 C. Hoy por la tarde estaba sin fiebre.

Vemos que el diagnóstico sólo pudo establecerse por medio de la sonda guiada por el dedo.

El Dr. Grossmann: Yo he visto un caso parecido. Un individuo se me presentó contándome haber tragado un cuerpo extraño. Al cabo de algún tiempo y después de varias tentativas inútiles para extraerlo, se me volvió á presentar con un trozo de hueso que había expulsado por medio de la tos. También en este caso había sido inútil la radioscopia.

Influencias experimentadas en las sensaciones visuales subjetivas.—El doctor *Urbantschich* diserta primeramente acerca de los movimientos aparentes de las imágenes objetivas al fijar la vista, por la intervención de excitaciones acústicas y táctiles, y por la corriente galvánica. A seguida estudia las imágenes aparentes y los movimientos también aparentes de imágenes subjetivas incoloras, y en particular de las imágenes aparentes que se perciben cuando se fija la vista en discos pequeños y en grandes superficies, mientras están actuando influencias exteriores, y lo mismo cuando obra la corriente galvánica. Trata también de la influencia de las percepciones de los colores sobre las imágenes visuales objetivas y subjetivas, y entre ellas de la desviación aparente de las imágenes consecutivas de líneas de diferentes colores, de la influencia de las sensaciones coloreadas sobre las imágenes aparentes y de la subordinación de estas imágenes aparentes al color del campo visual.

Otro punto de que trata el orador es de la influencia que experimentan las sensaciones coloreadas en las imágenes visuales objetivas y subjetivas, y con este motivo recuerda: 1.°, la influencia de orden reflejo que experimentan las sensaciones coloreadas en el campo visual subjetivo (modificación cualitativa y cuantitativa de las sensaciones coloreadas); 2.°, la influencia refleja que experimentan las sensaciones coloreadas en el campo visual subjetivo; y 3.°, la influencia voluntaria que experimentan las sensaciones coloreadas en el campo visual subjetivo y objetivo. El orador se detiene de un modo especial sobre la reacción recíproca que ejercen dos sensaciones coloreadas diferentes en la imagen consecutiva, y sobre la aparición de imágenes consecutivas coloreadas, positivas y negativas. Por últi-

mo, da cuenta de sus observaciones relativas á la sensibilidad extrordinaria que tiene el ojo á las influencias de carácter cromático.

(*Wiener klinische Wochenschrift*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento del cáncer por la fototerapia. — El Dr. Dawson Turner ha empleado la fototerapia en 18 casos de cáncer, casi todos inoperables y de diversas regiones. De los 18 casos, en 15 hubo disminución del dolor, relajación de las adherencias y eliminación de los tumores concerosos y sarcomatosos. El tratamiento fué más eficaz en el cáncer de la mama y menos en el de la lengua. La recidiva es frecuente, pero ceden como los nuevos tumores primitivos, y basta una ó dos exposiciones por semana para contener la enfermedad.—(*British Med. Journal*).—F. TOLEDO.

Dispepsia de origen apendicular. — Del estudio de tres casos personales de dispepsia de origen apendicular, y de otros 28 que ha encontrado en la literatura, deduce el Dr. L. Longuet las conclusiones siguientes:

Existen dispepsias que reconocen por causa ciertas apendicitis crónicas.

La dispepsia apendicular se manifiesta como atonía gastrointestinal, de formas muy variadas: intestinal, gástrica ó bucal, como en un caso del autor. Por su duración de seis á doce años, y en algún caso hasta treinta, constituye una enfermedad de importancia, que conduce á la caquexia apendicular, y que en ciertos casos se complica con neurastenia ó hipocondría.

Se reconoce que la causa de la dispepsia es el apéndice, por la anamnesia, que da á conocer la existencia anterior de algunos ataques de apendicitis, y por la comprobación que existe de un tumor en la región del apéndice y una sensibilidad dolorosa en el punto de Mac Burney. De estos tres síntomas puede faltar alguno; el último es el que tiene mayor importancia diagnóstica.

Hay casos en que el punto de Mac Burney está muy bajo, lo que puede hacer pensar en una dispepsia uteroovárica; más hacia afuera, simulando entonces una nefroptosis; más alto, en cuyo caso se pudiera creer en una colecistitis, ó por último, mal limitado, pudiendo entonces diagnosticarse equivocadamente una enterocolitis.

Por su patogenia, divide el autor las dispepsias apendiculares en toxicoinfecciosas, reflejas y de origen mecánico (adherencias, cólicos).

La dispepsia apendicular exige, aunque no con urgencia, tratamiento quirúrgico.

De los 31 casos recogidos por el autor, 26 se curaron rápidamente y por completo mediante la «apendicetomía»; los otros 5 mejoraron muchísimo.

(*Progrés Medical*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA ANESTESIA CLOROFÓRMICA SEGUN EL MÉTODO DEL DR. ROTH-DRAGER

POR EL

DOCTOR D. MATEO BONAFONTE NOGUÉS

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Una de las Clínicas de cirugía que más motivo de admiración me ha suministrado por la originalidad de muchas de las operaciones técnicas puestas en uso á diario, ha sido indudablemente la del Neues Allgemeines-Krankenhaus, de Hamburgo, á cargo de los doctores Kümmell y Sick.

Sea que dada la magnificencia de la libre ciudad, se poseen todos los medios necesarios para ejecutar las cosas bien, ó que al mismo tiempo constituya el lema de las diversas entidades de la población el figurar á la cabeza del progreso en todos los ramos, el hecho es que ni en Suiza ni en la misma Alemania puede tenerse ocasión de conocer más pronto y mejor todo adelanto y todo progreso científico aplicado en provecho del enfermo.

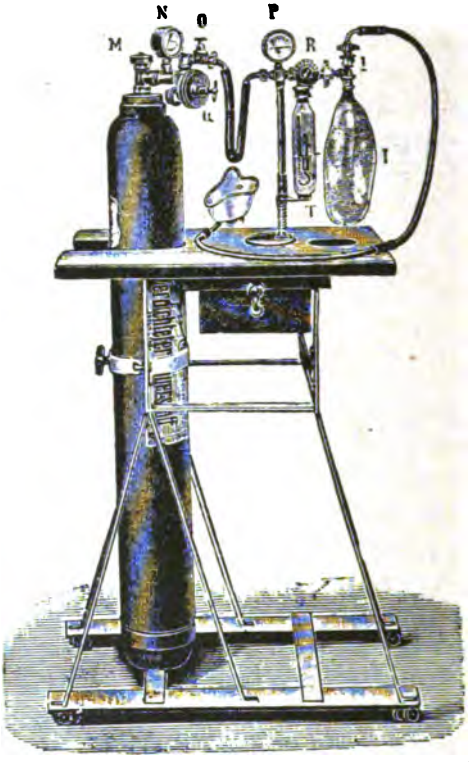
No es mi objeto hacer un estudio crítico de la anestesia como tal, y sí tan sólo exponer el método de Roth, por considerar que realmente merece vulgarizarse por constituir en este terreno tan litigioso un verdadero progreso.

En primer lugar describiré el aparato, para lo cual una figura del mismo será la mejor relación de éste, y después expondré las razones por las que juzgo de su superioridad sobre los demás métodos conocidos de anestesia general.

El procedimiento se funda en el hecho de poder utilizar los vapores clorofórmicos mezclados con oxígeno, pero de modo tan regular y perfecto que el anestesiador puede dosificar á voluntad la cantidad

de uno y otro agente á medida de su deseo y necesidades del enfermo.

El aparato es sencillo y su funcionamiento muy simple, según puede desprenderse del adjunto grabado.



Explicación de las señales del aparato.

M, Cierre del cilindro. — N, manómetro — O, pequeña llave de cierre. — P, instrumento para medir ó leer los litros de oxígeno por minuto. — Q, tornillo para regular la cantidad de oxígeno. — R, mecanismo para la dosificación del cloroformo. — L ó I, dispositivo para economizar oxígeno. T, frasco del cloroformo.

Generalmente se administra al enfermo antes de la narcosis (unos quince minutos) una inyección subcutánea de morfina (1 centígramo y todavía más si es alcohólico), y se le coloca una máscara que pone al enfermo en comunicación con el aparato, la cual por medio de una válvula hace que el enfermo inspire el contenido del depósito y que la expiración se efectúe en la atmósfera.

El aparato está dispuesto de modo que se establece una corriente de oxígeno de 3 litros por minuto. Después que el enfermo ha respirado solamente oxígeno puro, se pone el depósito en comunicación con los vapores clorofórmicos por medio de una llave.

Una vez establecida la tolerancia, se puede llegar á la anestesia profunda con cantidades mínimas de anestésico. Después de terminar la narcosis, se hace respirar al enfermo unos minutos oxígeno solo (3 litros por minuto ó más). La narcosis resulta algo más lenta que cuando se produce por la administración en gotas del cloroformo, lo cual es una ventaja hasta cierto punto para el enfermo, pues podemos precipitarla, si necesario fuese, por el mismo método ó por otro diferente.

Para hacer funcionar el aparato se saca el frasco del cloroformo de su sitio y se llena hasta la señal correspondiente; después que se ha colocado en su puesto se abre el cilindro del oxígeno por medio del cierre M. El aparato N nos indica el contenido del cilindro. Se abre del mismo modo la pequeña llave O, y el oxígeno sale; para regularizar la corriente O se utiliza el tornillo Q y se observa el instrumento P. Mediante la vuelta de la llave reguladora R (al principio de una narcosis, en B ó C de las letras de la escala), se dejan introducir los vapores clorofórmicos, los que pueden aumentarse ó disminuirse á voluntad. Si se desea que cese la corriente de oxígeno se cierra la llave O.

El aparato lleva un depósito, llamado bolsa de ahorro, cuya eficacia es innegable. Como la respiración consta de dos tiempos, inspiración y expiración, y la corriente de oxígeno es continua, resultaría que, sin esta bolsa de ahorro, se perdería durante la expiración, cierta cantidad de gas, y esto es lo que evita la mencionada bolsa juntamente con la válvula que posee la mascarilla. Se utilizan en Hamburgo unas tablas para la dosificación, cuyo modelo es el siguiente:

LA DOSIFICACION

OXÍGENO CONSUMIDO POR MINUTO	VAPORES CLOROFÓRMICOS — GRAMOS POR MINUTO							
	G	F	E	D	C	B	A	
Litros. 2								Si se utilizan en cada narcosis 3 litros de oxígeno y 0'5 gramos de vapores clorofórmicos, corresponde: (*Sitio de la clave C*).
3								
4								
5								

He aquí, descrito brevemente, el nuevo procedimiento de anestesia, cuyas ventajas he podido apreciar personalmente. Quien desee conocer más completamente el mencionado procedimiento de anestesia y su fundamento científico, puede consultar la defensa que del mismo hizo el Dr. Wex en junio de 1902 en la Rostocker Aerzteverein.

Réstame al presente exponer mi juicio respecto de la superioridad del procedimiento de anestesia de Roth sobre los demás conocidos.

Por este procedmiento, no se pierde agente anestésico, se dosifica con exactitud y á voluntad, y desde este punto de vista, presenta la ventaja de la medida y del número, por lo cual posee el carácter de evidencia científica; previene la posibilidad de la asfixia; el período de excitación con su acción nociva sobre su corazón, desaparece casi por completo y tan sólo en los alcohólicos se inicia algo, aunque con mucha menor intensidad; los vómitos son rarísimos (no he visto vomitar más que á dos enfermos en más de 250 anestesias por este método), y aun éstos jamás son tan molestos, pues se verifican sin quejidos por parte del enfermo y con la inteligencia despejada; la respiración es regular, tranquila, el pulso desciende lentamente y las pulsaciones son vigorosas y rítmicas. Se ha podido narcotizar de este modo á enfermos tan debilitados que de otra manera hubiera sido una temeridad Ahora bien; todos conocemos las múltiples tentativas realizadas para lograr descubrir un medio de anestesia

que nos ponga al abrigo de las peligrosas complicaciones no ignoradas, que tanto impresionan al operador por la imposibilidad de sospecharlas y de remediarlas. Muy reciente en fecha es la discusión consagrada á este punto por la Academia de Cirugía de París, de la cual no resultó evidente más que un hecho, que todos los agentes anestésicos, cualquiera que sea su procedimiento de empleo (creo que no se ocuparon del método de Roth) tienen al lado de sus ventajas los inconvenientes de peligros de muerte, imputables á incógnitas orgánicas individuales, puestas en evidencia por el hecho de la anestesia, á susceptibilidades especiales, reconocidas tan sólo *a posteriori*, y que sólo un procedimiento como el que es objeto de estas notas, puede hacer que á tiempo seamos apercibidos y remediarlo, desde el momento que la dosificación del agente es tan perfecta.

De la anestesia por raquicocainización no creo que merezca ocuparnos de ella. Ni en Suiza, ni en Alemania han querido persistir en su empleo después de las pruebas que realizaron ; la consideran insuficiente y peligrosa. En Francia mismo han reaccionado contra su sistematización ; yo, en los pocos casos que vi operar en esta Facultad de Medicina empleando dicha anestesia, no pude apreciar ventaja alguna y sí algún grave inconveniente.

No soy yo quien ha de hacer el juicio de tal procedimiento de anestesia; el número es lo suficiente para que todos los eminentes cirujanos estén conformes en que en modo alguno ha podido sustituir á los demás procedimientos generales y conocidos, y, por lo tanto, me adhiero en absoluto á su criterio.

Con esto doy por terminadas estas notas, esperando que no tardaremos en ver surtidas nuestras clínicas de este aparato, del que tantos beneficios creo yo han de reportarse para el bien de los enfermos.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Estudios sobre el corsé.—II. Acción del choque eléctrico.—III. Enfermedad profesional en los que extraen la laca.—IV. Idem, ídem en los que manejan las alcachofas.—V. Amoy: emplazamiento é insalubridad (cementerio).—VI. El bacilo tifoideo en las excreciones pulmonares.—VII. Los protozoarios y el cáncer del estómago.

I. Con el título *Reflexiones sobre el corsé*, publica el Dr. Froussard (*Gaz. des Hôp.*, 17 de junio de 1902) un trabajo cuya vulgarización es oportuna. Tal vez á las publicaciones modernas corresponda no escasa parte en las reformas de que ha sido objeto este mal artefacto.

Dice que si el *corsé recto Luis XV* es mucho más ventajoso que el antiguo ó de *talle de avispa*, no deja de tener inconvenientes. Los corsés especiales, hipogástricos, cinturones abdominales, con que se le pretende reemplazar, pueden ser útiles en ciertas condiciones morbosas, por más que son imperfectos.

Al corsé antiguo se reprocha que inmoviliza el tórax en una extensión variable, que deforma la caja torácica y que, consecutivamente, modifica la forma y posición de las vísceras. La deformación se revela por un *surco circular y horizontal*, situado en la unión del tórax y del abdomen, hecho exclusivamente por el corsé. La constricción resultante, según Hayem, se realiza, habida cuenta del tipo del tórax y de la moda en uso, por encima, á nivel ó por debajo del hígado. De esto surgen tres variedades, cada una de ellas con trastornos propios, cuya síntesis ha hecho Lion (*Maladie du corset.—Traité de Méd. et de Thérap.*, tomo IV):

Variedad suprahepática: ptosis é impulsión de los órganos.

Variedad hepática: constricción de las vísceras, que están como pasadas por una hilera, prolongadas, deformadas, sin que haya ptosis necesariamente.

Variedad infrahepática: impulsión pectoral, dificultad torácica predominante.

El corsé Luis XV parece, á primera vista, más fisiológico y, por lo mismo, menos ofensivo. El estrechamiento que produce en el talle

no es circular, pues sólo lo determina atrás y en las costillas, no por delante; *no es horizontal*, sino dirigido de arriba abajo y de atrás adelante. Así dispuesto, corresponde á la disposición normal del tronco. En efecto; la línea que va de la axila al trocánter mayor no es recta, sino que forma dos convexidades, separadas por una concavidad al nivel de los vacíos: la una, superior, corresponde á la parte media del tórax, y la otra, inferior, á la eminencia de la cresta ilíaca, muy pronunciada en la mujer; la concavidad depende de la falta de esqueleto entre las dos últimas costillas y la pelvis, y constituye un ancho surco dirigido de arriba abajo y de atrás adelante, que se continúa hacia atrás con la cavidad lumbar. En esta última región la depresión es mayor por el ángulo sacrolumbar y la convexidad de la columna dorsal. En cambio, por delante el epigastrio, mal llamado *hueco epigástrico*, es plano ó ligeramente abombado, como lo es también la región umbilical. Sólo hay depresión en los individuos delgados ó en los que tienen esa deformidad llamada *vientre caído*, *vientre en delantal*.

Por desgracia, no siempre el corsé es el molde de la mujer. Las diferentes curvas tienen extensión y radios convencionales, determinados de antemano y en proporción con la altura del busto. Como no se tiene en cuenta el tipo del tórax que ha de ser cubierto, resultan compresiones inevitables y peligrosas, y tras ellas deformaciones del esqueleto y de las partes blandas. Además, el corsé casi nunca traspasa del ombligo. Por tanto, sean cualesquiera la elasticidad y extensibilidad del tejido empleado, dificultará siempre, más ó menos, la movilidad del epigastrio, de los vacíos y de la base del tórax. Las contracciones del diafragma, los movimientos de esfuerzo, la repleción del estómago por los alimentos, sólo podrán verificarse dislocando la masa intestinal subyacente empujándola hacia abajo, pues es la única que conserva su movilidad fisiológica. El cinturón músculo-aponeurótico de esta región ha de contrabalancear esa impulsión, normalmente repartida por *todo* el abdomen. Al principio será bastante, pero á la larga se distenderá, y mucho más si hubo embarazos. Los músculos abdominales, condenados á un reposo completo en la región supraumbilical y en la infraumbilical á un trabajo forzado, se hacen blandos, sin tono, ineptos para las contracciones útiles. La mengua de la tensión abdominal influirá marcadamente en la circulación de la vena porta, en el sostén de las vísceras, en los movimientos intestinales y en la progresión normal de los gases y de las materias fecales.

Los corsés hipogástricos, que sólo comprimen la región infraumbilical, causan iguales trastornos en la zona supraumbilical. Esta se distiende y la base del tórax se ensancha; la hipotensión intraabdominal no deja por esto de ser provocada. Demuestra lo dicho que es peligroso comprimir una región del abdomen sin sujetar las restantes.

En vista de todo esto, pregunta Froussard: ¿El corsé es siempre nocivo y debe, por tanto, desaparecer? Y contesta que, aparte de lo difícil que sería su extinción, puede ser útil en casos patológicos: enteroptosis, nefroptosis, gastroptosis, debilidad de la pared muscular, eventración. En los demás casos lo cree inofensivo, con tal que sea *bien comprendido y exactamente apropiado* á las formas de la mujer que ha de usarlo.

Estudia luego lo que debe ser el corsé en los siguientes casos especiales:

El corsé en la niña. — Hacia los doce á quince años, las madres cuidadosas piensan en *formar el talle de su hija*, justamente cuando las deformaciones son más fáciles, pues el organismo se encuentra en vías de desarrollo. Se debe dejar al talle que se forme libremente y sin sujeciones, y salvo el caso de deformaciones especiales del esqueleto, sólo debe tolerarse un corsé extensible y suave que se aplique exactamente al cuerpo sin comprimirlo, respetando con todo rigor las modificaciones que va sufriendo el busto antes de llegar á la forma definitiva. También es útil que no pueda el corsé ser apretado á voluntad para evitar á la niña la tentación de comprimirse para aparecer *más mujer*.

El corsé en la mujer normal. — Debe ser muy grande, que cubra á lo menos parte del esternón, que baje hasta el pubis, que no deje libre ninguna parte del abdomen, que se amolde exactamente, sin exagerarlo, á los contornos del tronco; debe ser ancho y extensible en el epigastrio por delante, en las falsas costillas por los lados para no dificultar los movimientos del tórax.

El corsé durante el embarazo. — Como en este período el cinturón abdominal sufre una dilatación enorme á la par que un aumento de peso, hay que ayudarle, sosteniéndole con uno de esos corsés que los comadrones prescriben mediante indicaciones previas.

El corsé en la enteroptosis, en la eventracion. — No sólo hay que sostener los órganos caídos, sino *reemplazar la pared abdominal insuficiente*. El corsé debe reemplazar toda la parte no ósea del vientre, y *mantendrá* las partes superiores á la par que *comprimirá* las inferiores.

En las de vientre plano, habrá necesidad de hundir por dentro el corsé en la parte baja. Una pelota, cuidadosamente puesta, podrá sostener el polo inferior del riñón ; ha de enseñarse á la mujer á que *se ponga el corsé :* se la coloca en decúbito dorsal, se inmoviliza el diafragma en expiración y se reducen los órganos desprendidos mediante fricciones profundas, hechas de abajo á arriba ; además, el corsé debe ser abrochado y apretado de abajo á arriba y no de arriba á abajo como es costumbre hacerlo.

II. El choque eléctrico, el paso á través del organismo de corrientes eléctricas de gran tensión, tan común hoy, no siempre es mortal, aun tratándose de descargas muy violentas. Aspinwal ha procurado averiguar el por qué de la variabilidad de los efectos.

Desde luego acepta la susceptibilidad individual, y no sólo ésta, sino que admite que una misma persona, según las circunstancias y dada igual descarga, sufre efectos distintos. La humedad ó sequedad de la piel, el temperamento neuropático, el trayecto de la corriente en el organismo, el estado de salud ó de enfermedad, la sobriedad ó la intemperancia, la vigilia ó el sueño, la extensión y la naturaleza del contacto, la costumbre, todo esto influye en los efectos.

La humedad de la piel puede contribuir á menguar la acción ; el paso es menos peligroso cuando va de mano á mano ó de pié á pié que cuando se realiza, por ejemplo, de una mano al pié del otro lado; el sueño parece permitir el paso de corrientes intensas, sin que el individuo despierte siquiera, pero lo raro de estas observaciones no autorizan una opinión definitiva ; el modo de efectuarse el contacto, que es el hecho más capital, influye decididamente; para que la corriente pase el contacto ha de ser franco y la superficie suficiente, y de este modo puede matar un voltio poco elevado con gran área de contacto ; la quemadura local obra como protectora, pues paraliza los nervios y aumenta la resistencia del cuerpo á la corriente.

Por regla general, el choque eléctrico produce una brusca inspiración seguida de un grito. No siempre se pierde el conocimiento, y á las veces pueden hablar inmediatamente después de un choque violento. Para Aspinwal el paso á través del cuerpo de una corriente alternativa es menos grave que el de una corriente continua (*The Lancet*, 1902).

III. Los que trabajan en la obtención de la laca están expuestos, según describe el Dr. J. Regnautt (*Revue de médccine*, 1902), á accidentes no raros, en las colonias.

Consisten los unos en erupciones, y esta es la forma menos peligrosa, localizadas de preferencia en las manos puestas en contacto con el jugo deletéreo de los árboles de laca; generalmente son manchas, acompañadas algunas veces de vesículas y de pústulas pequeñas. Los otros se revelan por edemas, que aparecen de preferencia en el cuello y cara, hasta el extremo de que los labios no pueden separarse, y los párpados, fuertemente hinchados, sólo dejan pasar porciones de conjuntiva con quémosis.

En la Indo-China las erupciones parecen ser producidas por una especie de *Rhus* (*Augia sinensis*), que debe segregar una subtancia análoga al ácido toxicocéndrico del *Rhus toxicocendron*; los edemas son provocados sólo por el contacto con la *Melanorrhea durifera* (trementináceas), cuya corteza produce la más reputada de las lacas, la *moiral*.

La época más peligrosa es la de las lluvias, de junio á noviembre. Las manos del obrero deben estar garantidas por modo oportuno. Aconseja Regnautt contra los accidentes un purgante suave y aplicaciones alcalinas tópicas para neutralizar el ácido toxicocéndrico.

IV. Carles, en las enfermerías de Arnozan, ha estudiado un caso raro de enfermedad profesional. Es un individuo que entra frecuentemente en los campos de alcachofas, las corta y las transporta en una gabarra. Cuando llega esta época presenta, hace ya varios años, dermitis en la cara; las manos quedan exentas. Examinados los 15 individuos que se dedican á esta industria, había cuatro más afectados.

La lesión no aparece más que cuando se maneja alcachofas frescas ó todavía en la planta, y parecen ser producidas, ya por la pelusa que se escapa cuando ésta es tocada, ya por los productos irritantes que aquéllas segregan (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 1902).

V. Se reputa que la población menos sana del mundo es Amoy, el gran puerto chino del canal de Formosa.

Si las noticias son exactas, el motivo de tan colosal insalubridad es debido á que la urbe fué constituída, hace unos diez siglos, sobre un inmenso cementerio, en donde las relaciones más verídicas calculan han sido enterrados unos cinco millones de cadáveres. Todavía hoy se ve en las calles, en las plazas públicas, en los campos limítrofes, miles de tumbas, cuyas piedras, casi en contacto, forman una superficie, apenas interrumpida, de 90.000 metros cuadrados. Como detalle que sintetiza el estado del agua del subsuelo, puede citarse el hecho de que los pozos de que se surte la población de agua

para beber, han sido perforados en este inmenso putrílago, y sale de ellos un agua cenagosa y mefítica que subleva al estómago menos intransigente.

No es de extrañar que reinen endémicamente el tifus y la peste bubónica, y que la mortalidad sea tan elevada.

Apunten este dato los creyentes en la purificación de los cementerios al cabo de algún tiempo.

VI. Va acabando rápidamente la creencia de que lo único temible en los tifoideos son las evacuaciones intestinales; el bacilo de Eberth ha sido encontrado en la orina, en las manchas periféricas, en las hemorragias y en las excreciones pulmonares. De este último hecho trata Glaser en la Sociedad de Medicina interna de Berlín (1902).

Manipula un médico un cultivo muy virulento de bacilos tifoideos y enferma; á los catorce días de la infección aparece pulmonía en una y otra base, con expectoración sanguinolenta, y á las dos semanas un empiema (ladó derecho) con bacilo tifoideo en estado de cultivo puro. Este hecho hace suponer que las bacterias estaban asimismo en las lesiones pulmonares. De todos modos, opina Glaser que el bacilo de Eberth desempeña en estas lesiones un papel secundario, siendo el neumococo el principal factor. En apoyo de ello, cita dos casos clínicos. Aun así, cree que la expectoración puede propagar la dotinentería.

VII. Con motivo de algunas observaciones de Cohnheim, respecto á los protozoarios y al cáncer del estómago, Ullmann refiere el caso de un individuo con carcinoma del cardias, en cuyo jugo gástrico, examinado en tres épocas muy distintas, siendo en todas la reacción alcalina, notó la presencia del *Megastoma entericum*. A los pocos días de sometido el enfermo al reposo en cama y á un régimen oportuno, sin cambiar la reacción, desaparecieron siempre los protozoarios. Esto demuestra que si estos seres nada tienen que ver con el cáncer gástrico, tampoco están relacionados con la reacción del estómago, debiéndose su presencia sólo á una alimentación defectuosa.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar. Madrid.

I. Prontuario sinóptico de farmacografía moderna, por el Dr. D. Angel Bellogin. 1902.

II. Lecciones de ginecología operatoria, por Viulliet y Lutaud, traducidas por D. Valentín Montero, revisadas y corregidas por los autores y con un prólogo del Dr. López Comas.

III. Prontuario de clínica propedéutica, por D. León Corral y Maestro, Catedrático de Patología general en la Universidad de Valladolid.

I

Como dice muy bien el autor en el prólogo de su obra, este libro no es un estudio crítico de medicamentos modernos, ni siquiera un formulario en el sentido estricto de la palabra. Se trata simplemente de un índice anotado de los productos químicos y los materiales simples que figuran en la novísima terapéutica, y cuya prescripción más ó menos frecuente é imprevista suscita no pocas dificultades en la práctica.

Pero, á pesar de ser así, la utilidad de este trabajo resulta indiscutible, pues en muy pocas páginas y ordenados por orden alfabético, pueden encontrar los prácticos cuantos datos necesitan para la confección de una receta, es decir, indicación de lo que es el medicamento, caracteres fisicoquímicos más importantes, acción terapéutica y dosis.

Cierto que no se estudia la acción fisiológica de los remedios incluídos en el prontuario, ni se describen en detalle sus indicaciones, ni se trata con extensión su parte química, ni se presentan fórmulas para cada uno de ellos; pero este estudio puede hacerse en otras obras, si de tiempo se dispone para hacerlo, y no sólo sería impropio del objeto que persigue este libro, sino que resultaría contraproducente en muchas ocasiones.

En los escritos de terapéutica, sobre todo si se trata de medicamentos poco conocidos, no caben, á nuestro entender, términos medios. O verdaderas monografías donde el médico pueda adquirir un conocimiento perfecto y completo del remedio que ha de manejar, tanto en sus caracteres físicos y químicos, como en su acción fisio-

lógica, efectos tóxicos, aplicaciones terapéuticas, indicaciones y contraindicaciones, formas de administración y dosis, ó prontuarios como el del Dr. Bellogin, donde en un momento dado y con sólo algunos instantes de lectura pueda encontrarse lo necesario para salir del paso y recetar un producto que no se conocía ó cuyas dosis se han olvidado.

Creemos, pues, que con la publicación de este librito se ha prestado un gran servicio á los que no puedan ó no quieran dedicarse á profundos estudios de terapéutica, y nos complacemos en hacer constar que contiene indicaciones de cuantos remedios nuevos pueden tener alguna aplicación en la práctica.

II

El objeto de este libro es dar á conocer de una manera clara y concisa los progresos realizados por la ginecología operatoria en estos últimos veinte años.

Por esta razón no se hacen extensas descripciones de los procesos morbosos que exigen una intervención quirúrgica más ó menos difícil ó complicada, ni se trata de establecer diagnósticos diferenciales, ni casi se habla de anatomía patológica; pero en cambio, se estudian con seductora claridad y con una concisión verdaderamente notable cuantos actos operatorios pueden ejecutarse como medio de tratamiento y, hasta en la mayor parte de los casos, como única terapéutica de muchas ginecopatías.

El orden adoptado por los autores no es el de operaciones, sino el de enfermedades, consiguiendo de esta manera que la lectura de su libro resulte más provechosa, y que sus lecciones adquieran un carácter eminentemente práctico. Cada una de ellas comprende el tratamiento quirúrgico de una enfermedad ó de un grupo determinado de estados patológicos, y después de algunas consideraciones, siempre muy breves sobre sus síntomas, causas, curso y diagnóstico, se establecen las indicaciones operatorias para describir después la mejor manera de llenarlas. En esta última parte, que es la más extensa, se estudian los procedimientos operatorios más generalizados, se discuten sus ventajas y sus inconvenientes, se señalan los casos en que cada uno de ellos puede ser más útil y se recuerdan cuantas precauciones de asepsia , antisepsia, técnica manual, higiene y tratamiento farmacológico, es necesario adoptar para obtener un buen éxito.

La lección primera está dedicada á los métodos de exploración y

á la antisepsia ginecológica, ocupándose muy detenidamente del cateterismo uterino y de los procedimientos de desinfección, sobre todo del lavado. En la segunda, se describen las posiciones más usuales para los reconocimientos y operaciones, indicando los actos operatorios que convienen mejor á cada una de ellas. La tercera se ocupa del estudio del cateterismo uterino con ó sin *especulum*, empleando sondas rígidas ó flexibles; la cuarta está consagrada á la dilatación del cuello del útero, bien se verifique con esponja, con laminaria ó con dilatadores mecánicos, concediendo particular atención al procedimiento de Viulliet, que, en efecto, reune indiscutibles ventajas. La quinta comprende los métodos de prolapsus artificial de la matriz con determinación de los casos en que es necesario, y de aquellos otros en que resulta contraindicado. En la lección sexta se describe el raspado con sus indicaciones, instrumental y manual operatorio, según el proceso morboso que lo exija. En la séptima se describe el tratamiento quirúrgico de la dislaceración del cuello (operación de Emmet, y de Schrœder). En la octava se trata de las fístulas genitourinarias, haciendo una descripción muy minuciosa de la operación correspondiente, y describiendo después, aunque más á la ligera, la oclusión de la vagina, bien sea por el procedimiento de Vidal ó por el de Kolpokleisis. En la novena y décima, del tratamiento quirúrgico de los fibromas uterinos, comprendiendo en él las operaciones aplicables á los fibromas cavitarios, las aplicables á los fibromas parietales, la dilatación, el taponamiento, el desbridamiento y los métodos llamados paliativos (electrolisis, inyecciones parenquimatosas, dilatación, escarificación, raspado y medicaciones internas). La lección undécima está dedicada al masaje en ginecología con detallada explicación de sus indicaciones y procedimientos. La duodécima, décimatercera y décimacuarta al tratamiento quirúrgico del cáncer uterino (extirpación total del útero, extirpación parcial, empleo del asa galvanocáustica, excisión seguida de cauterización, tratamiento de Sims y tratamientos paliativos). Las seis siguientes están consagradas á la ortopedia uterina, ó sea al tratamiento de las dislocaciones de la matriz, bien sea por aplicación de pesarios ó por la práctica de operaciones diversas, y las seis restantes al estudio de las causas de la esterilidad en la mujer y al de los procedimientos aconsejados para remediarla.

La sumaria indicación que acabamos de hacer de las materias tratadas en este libro, basta para dar una idea de las provechosas enseñanzas que encierra, y para demostrar cuán útil ha de ser su

estudio para los médicos prácticos, sobre todo para los que no sean verdaderos especialistas en ginecología.

III

De pequeño volumen, pero comprendiendo cuanto en la actualidad debe saberse para llevar á cabo la exploración clínica, constituye esta obra un digno complemento de los *Elementos de Patología general*, escritos por el mismo autor, y de los que ya nos ocuparemos en esta misma REVISTA.

No sólo para alumnos, sino para médicos y muy médicos, puede servir de enseñanza lo que el Dr. Corral califica modestamente de *Prontuario de clínica propedéutica* y que nosotros no vacilaríamos en denominar *Tratado práctico de exploración clínica*, pues no contento con describir de un modo claro, perfecto y conciso cuantos medios exploratorios han sido reconocidos hasta ahora como de utilidad indiscutible, relaciona también los datos que se obtienen en dicha exploración con los estados patológicos en que se encuentran. Es decir, que después de haber explicado la manera de buscar un síntoma indica los procesos morbosos que lo producen y la lesión anatómica que lo determina.

Si el actual Catedrático de Patología general de Valladolid no tuviera bien probadas en obras anteriores sus excepcionales condiciones para la enseñanza, su gran cultura profesional y su clarísima inteligencia, el libro que ahora analizamos sería suficiente para acreditárselas, pues prescindiendo de todo comentario inútil, de toda digresión enojosa, consigue concretar su pensamiento en muy pocas palabras y logra exponer en solo algunas líneas lo que en otros libros sólo comprendemos después de haber leído páginas y páginas.

Todos los capítulos están tratados con perfecto conocimiento del asunto, y aportando á ellos la última palabra de la Ciencia en la materia de que se trata; pero merecen mención especialísima por la habilidad con que se han sabido condensar asuntos que constituyen por sí solos verdaderas especialidades, el dedicado á análisis de orina, examen de sangre (histológico, químico y bacteriológico), examen de esputos y exploración radiológica con descripción de su técnica, de los datos que suministra y del material necesario para llevarlo á cabo.

La crioscopia está tratada con una claridad que para sí quisieran algunos libros que pasan por clásicos.

También merecen señalarse los capítulos destinados á estudiar la exploración de la sensibilidad (táctil, térmica, muscular, dolorosa, etcétera); la de motilidad con la exploración eléctrica de los nervios y los músculos, la excitación mecánica de los mismos órganos el examen de los reflejos y la auscultación del corazón.

La obra termina con un notable artículo dedicado á exponer las reglas generales de exploración, verdadero código de urbanidad, rectitud y corrección profesional, que deben tener siempre presente cuantos se dedican al ejercicio de la medicina.

Reciba el Dr. Corral nuestra más entusiasta enhorabuena por su último trabajo, que como dejamos dicho al comenzar estos breves apuntes, constituye un digno complemento de sus *Elementos de Patología general*, publicados hace dos años.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del Curso de 1902 *á* 1903.

(Continuación)

El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—El Presidente Dr. VALLE Y ALDABALDE:

La hemoptisis, que en bastantes tuberculosos es el primer síntoma que revela, á veces, con bastante anticipación, el padecimiento hasta entonces latente, por lo menos al profano, es un dato que tiene también mucho valor para el pronóstico.

Haré mención, ante todo, y para no ocuparme más en ellas, de las hemoptisis que se presentan en el período cavitario y que, si son frecuentes y copiosas, constituyen en cierto modo el principio del fin, abreviando los días del enfermo. No son éstas las que tienen más interés para nuestro objeto. Tampoco lo tienen las hemoptisis fulminantes que sobrevienen en sujetos, al parecer sanos, y que pueden provenir de la rotura de un vaso pulmonar grueso, debida bien á un proceso tuberculoso ganglionar, como en un caso publicado recientemente por el Dr. G. Deleito, bien á la formación de algún nódulo tuberculoso en uno de dichos vasos gruesos, como opina el médico portugués Dr. Rocha, quien en el Congreso de la tuberculosis celebrado en su nación el año 1895, dijo haber observado 50 casos de esta naturaleza, ó, por último, á la existencia de cavernas difíciles de reconocer por los proce-

dimientos ordinarios, como opina el Dr. Espina, en vista de algunas autopsias por él practicadas y según hizo constar en el Congreso mencionado y con motivo de la comunicación antes referida del doctor portugués. Sea de ello lo que quiera, estas hemoptisis fulminantes, que en opinión del doctor Rocha van siempre precedidas de la presencia del bacilo de Koch en los esputos, si tienen mucho interés para el pronóstico general de la tuberculosis, no tienen ninguno para los casos en que se presentan y en que el médico siempre llega tarde.

Las hemoptisis interesantes para nuestro objeto, son las ligeras ó de gravedad media, tanto las iniciales como las que se presentan en períodos no muy avanzados del proceso tuberculoso; hemoptisis que si por una parte alarman muy justamente, por otra pueden servir coma aviso saludable que advierta al interesado la necesidad de atender á su salud y de no seguir abusando de ella, si es que venía incurriendo en esta falta.

Hay autores que ven en algunas hemoptisis un fenómeno favorable, una especie de desahogo del sistema vascular que aligera su exceso de tensión y hasta las comparan, como Desplats, á las hemorragias menstrual ó hemorroidal, sosteniendo, por lo tanto, que no deben de tratarse. Otros, en cambio creen que toda hemoptisis en un tuberculoso es á la vez signo de una agudización del proceso y causa de que se agrave.

Para ver si será posible armonizar opiniones tan opuestas, conviene distinguir tres grupos de hemoptisis: aquellas en que no se presenta fiebre antes, durante ni después de la evacuación sanguínea; un segundo grupo en que se presenta fiebre, pero pocos días después de la hemoptisis; y un tercer grupo en que ésta va precedida, acompañada y seguida de movimiento febril.

La hemoptisis que no es precedida, acompañada ni seguida de fiebre, es la de mejor pronóstico. Al disminuirse con la evacuación de sangre la fluxión peri y parafímica y el exceso de tensión vascular cuando éste existe, alivia las molestias locales, y si la cantidad de sangre expulsada no es tan considerable que debilita al sujeto y no queda retenida en los bronquios ó queda retenida en poca cantidad, el enfermo se siente mejor que antes de la aparición del alarmante síntoma. Si además de esto, y como antes hemos dicho, la hemoptisis mueve al sujeto á ser más cuidadoso de su salud, puede ser el punto de partida de una indudable mejoría. Pero aun así revela esta expectoración sanguínea la existencia de una lesión tuberculosa viva, activa y la posibilidad de que se repita el síntoma sin que podamos predecir que lo hará en iguales condiciones y con tan poca transcendencia para el organismo como la primera vez. Es decir, que en mi opinión, la hemoptisis, por benigna que sea, es siempre un síntoma que agrava el pronóstico.

Pero más lo agrava, claro está, cuando á los pocos días de pasada la tormenta se presenta un movimiento febril más ó menos intenso, que Niemeyer y otros atribuían á descomposiciones y reacciones provocadas por la sangre derramada en el árbol bronquial, pero que hoy, según la opinión más corriente, no significa otra cosa que una agudización del proceso más intensa, y por lo mismo, más grave que en el caso anterior, aun cuando el movimiento febril desaparezca al cabo de algunos días ó semanas.

Por último, la hemoptisis que es precedida de fiebre y que va acompañada

y seguida de este síntoma, el cual en ocasiones hasta se acentúa después de la evacuación sanguínea, es la de pronóstico más funesto. Podrá conjurarse por de pronto el peligro, pero esta variedad de hemoptisis siempre indica una gran actividad en el proceso patológico y un avance notable en su marcha.

Cuando se presenta la hemoptisis en un tuberculoso, y particularmente si es por primera vez y no se había sospechado quizá la existencia del padecimiento pulmonar, es bastante común con el deseo tan natural como plausible de que no tenga gravedad el inesperado síntoma, buscar alguna causa extrínseca ó intrínseca que lo explique sin necesidad de recurrir á lo que por desgracia es más frecuente, y así se oye hablar en esos casos de un ejercicio excesivo, de un acaloramiento, de la influencia estacional y sobre todo de la primaveral, de los cambios de tiempo, de la herencia, y si en la mujer, de la función menstrual perturbada ó del embarazo con su estado pletórico tan discutido.

No puede negarse que las hemoptisis que se presentan en sujetos sospechosos de tuberculosis y fuera de las circunstancias que acabo de mencionar, son de peor significación que aquellas que sobrevienen en dichas circunstancias; pero también es innegable que aun en este último caso, se trata casi siempre, por no decir siempre, ó de una manifestación ostensible de la enfermedad que hasta entonces estaba latente, ó de que ésta, ya declarada, hace progresos en su evolución. Acaso la hemoptisis que sobreviene en la mujer en la época menstrual, constituya excepción á esta regla, pero nada más que hasta cierto punto. Si la hemoptisis que se ha llamado vicariante ó supletoria de la evacuación menstrual recae en una mujer de antecedentes tuberculosos, y con mayor razón, si se trata de una enferma en la que la tuberculosis ya es un hecho indudable, y por otra parte, la evacuación sanguínea no es excesiva ni va acompañada de fiebre, el pronóstico es algo menos grave que fuera de dichas circunstancias, pero siempre expone á agravación de la enfermedad el hecho de que la sangre salga por el árbol respiratorio en vez de hacerlo por la mucosa uterina.

Por último, y para terminar con lo referente al valor de la hemoptisis como dato pronóstico, haré mención de otro hecho que tiene mucha importancia en este concepto: es el relativo al estado en que queda el pulmón después del ataque hemoptóico. Cuando transcurridas cuatro á seis semanas después de haber terminado la evacuación sanguínea, se observa, al practicar de nuevo el examen del aparato respiratorio que no se encuentra en él nada que indique un avance en el proceso tuberculoso, el pronóstico es mejor que en los casos en que la hemoptisis ha venido á imprimir una aceleración visible en la evolución de la lesión pulmonar.

Si hay algún dato en la tuberculosis del pulmón, al que puede asignársele supremacía sobre todos los demás por su significación pronóstica, es la fiebre. De su falta ó existencia, del hecho de que obedezca ó no al plan terapéutico, del modo cómo la tolera el organismo, y por último, de su marcha, se pueden inferir conclusiones de mucha importancia.

Ante todo conviene recordar que para hacer el estudio de la fiebre en un caso de tuberculosis, no basta con tomar la temperatura mañana y tarde, sino que es preciso medir el calor orgánico tres y hasta cuatro veces en las

veinticuatro horas, sin que sea posible señalar para todos los casos una misma pauta, por lo mismo que el tipo de la fiebre varía según los enfermos, por más que en cada uno de ellos suele guardar bastante regularidad. Tampoco se puede olvidar que los exámenes muy frecuentes de las cifras termométricas alteran bastante el sistema nervioso y hasta el estado general de algunos tuberculosos, sobre todo, si están rodeados de personas poco discretas. Generalmente, con una semana de observación asidua ya se viene en conocimiento, no sólo de si existe ó no fiebre sino de cuáles son las horas de exacerbación térmica, con lo cual se puede reducir el número de veces en que se toma la temperatura y hasta suprimir su examen mientras no sea muy necesario.

En la mujer se debe comparar también la marcha que sigue la temperatura en los períodos intermenstruales con la que adopta en la época que antecede, acompaña y sigue á la menstruación, pues en algunas tuberculosas sólo en dichas épocas es cuando se eleva la cifra térmica.

Se aconseja también para no caer en error, invitar al tuberculoso á que dé un paseo largo. Con esto la elevación térmica que se produce en un sujeto sano y que casi nunca llega á medio grado, alcanza ó pasa de esta cifra en el tuberculoso, y sobre todo, se sostiene por más tiempo y se observa aunque el ejercicio haya sido bastante moderado.

Ahora bien, si en un tuberculoso no se presenta fiebre durante varias semanas, se puede establecer un pronóstico favorable, aun en el caso de que su lesión local esté bastante adelantada. La falta de reacción febril es, en efecto, la mejor prueba de que el proceso está estacionado y de que no se refleja de un modo ostensible en el organismo. Es evidente que el pronóstico será mejor todavía si los demás datos de que ya hemos hecho mérito y los que aún nos faltan por consignar, deponen en el mismo sentido. Si además de la falta de fiebre en circunstancias normales, se observa el mismo hecho, caso raro por cierto, aunque el tuberculoso haga una larga caminata, el pronóstico es todavía más favorable.

Por el contrario, cuando hay fiebre, tenemos que juzgar el caso con un criterio menos optimista. Pero en este concepto hay que distinguir la fiebre que cede al tratamiento de la que no le obedece, y aun dentro de esta última categoría, la fiebre que no obstante resistir al tratamiento es bien tolerada por el enfermo de aquélla que quebranta su organismo de un modo más ó menos manifiesto.

En determinados casos, la fiebre del tísico es debida á complicaciones accidentales aunque localizadas también en su aparato respiratorio, v. gr., una bronquitis, una neumonía, una pleuresía, cesando el movimiento febril una vez vencida la complicación que la diera origen, y como en este caso la fiebre no está ligada al proceso tuberculoso, el pronóstico es casi igual que en el anterior, y digo con todo intento casi, porque toda lesión pulmonar sobreañadida á la tuberculosis, suele contribuir, aunque sea de carácter agudo, á que la enfermedad haga nuevos progresos, y por otra parte, hace temer que dicha complicación se repita de nuevo en el curso ulterior de la enfermedad.

El caso es diverso cuando la fiebre está sostenida exclusivamente por la lesión tuberculosa, y á pesar de ello, con el tratamiento adecuado, que como

es sabido consiste principalmente en el disfrute de un aire puro, se consigue en pocas semanas ó á más tardar en cuatro ó cinco meses que desaparezca la fiebre. Si este efecto se sostiene aunque el tuberculoso vuelva al cabo de cierto tiempo á colocarse en su ambiente ordinario, el pronóstico es bastante bueno. Mas ya no sucede lo mismo si la apirexia desaparece tan pronto como el sujeto abandona el medio en que logró dicho ventajoso resultado y todavía es peor el pronóstico, en aquellos casos en que aun sin haber vuelto del mismo Sanatorio ó de la nueva residencia se presenta de nuevo la fiebre que había desaparecido al principio con el cambio de clima y de las demás condiciones higiénicas.

Son raros, pero no dejan de observarse los casos de tuberculosis en los que la fiebre no cede al tratamiento, pero tampoco afecta gran cosa al organismo. Varios autores citan casos en que á pesar de una fiebre sostenida, los enfermos hasta habían aumentado de peso. En mi opinión no son muy comunes estos hechos, sobre todo si la fiebre adquiere cierta altura; pero lo que sí se observa con bastante frecuencia es el hecho de que, á causa principalmente de no haberse alterado las funciones digestivas, el tuberculoso se conserve durante mucho tiempo en un estado de nutrición bastante satisfactorio, y sin que sea preciso para ello, no ya la permanencia en el lecho, sino ni siquiera el reposo absoluto. No obstante esta relativa tolerancia á la fiebre, hay que desconfiar muchísimo de la marcha ulterior de la afección y, por lo tanto, se debe establecer en estos casos un pronóstico si no malo en absoluto, por lo menos muy reservado, pues aunque pudiera creerse otra cosa con una observación de pocos días, no está estacionado á la enfermedad, sino que avanza incesantemente, mina la resistencia del organismo, y al fin acabará por destruirlo si no se detiene en su marcha, caso que, por desgracia, no ocurre con mucha frecuencia en esta clase de enfermos.

Por último, cuando la elevación de temperatura, además de resistir á nuestros medios, afecta de un modo visible á la economía, nuestro juicio tiene que ser más pesimista; pero aun dentro de este grupo de casos hay que distinguir también diversas categorías, según la marcha que sigue la fiebre.

De todas las clasificaciones que se han propuesto para el estudio de la fiebre de los tuberculosos, sobre todo desde el punto de vista del pronóstico, una de las que han tenido mayor y más merecida aceptación es la de Strümpell. Este autor distingue cinco tipos de fiebre en la tuberculosis pulmonar común, á saber: subfebril, héctico, remitente, continuo é irregular.

En el tipo subfebril, la temperatura de la mañana es normal, y la de la tarde ó de la noche llega á 37'8, ó todo lo más á 38°,5. Se trata casi siempre de un proceso benigno y de marcha lenta.

En la fiebre héctica intermitente, la temperatura matutina también es normal, pero la vespertina oscila entre 38°,5 y 40'0. Esta fiebre, que por su duración y resistencia á los remedios, pone á prueba la paciencia del enfermo y del médico, denuncia un proceso de marcha menos lenta que en el caso anterior, sobre todo cuando las temperaturas de la tarde son muy altas. Esto no obstante es de las fiebres que el organismo tolera por más tiempo del que á primera vista pudiera creerse.

El pronóstico es peor en la fiebre de tipo remitente en que la temperatura de la mañana ya llega á 38 ó 38°,5, y la de la tarde alcanza la cifra de 39'5 ó 40°,0. Es el tipo de fiebre de la tisis florida, y su pronóstico es peor que el de una fiebre héctica de elevaciones térmicas no muy altas. La fiebre remitente debe hacernos sospechar la existencia de complicaciones inflamatorias.

La fiebre continua en que la diferencia de temperatura entre la mañana y la tarde no excede de un grado, se observa en la tuberculosis miliar aguda que hemos excluído, desde luego, de nuestro estudio y también en algunos casos de tisis crónica que se inician de un modo agudo, y que no obstante la marcha más lenta que siguen después y de la modificación que por la misma causa se observa en la curva térmica que toma el tipo remitente ó intermitente, no se detienen en su evolución, y son, por lo tanto, de muy mal pronóstico. Fiessinger, hace notar al estudiar esta variedad de la fiebre tuberculosa, que el enfermo suele tolerarla regularmente al principio, á pesar de ser bastante elevada y aunque no guarde reposo, y que esto, no obstante, no por ello deja de ser muy malo el pronóstico y muy rápida la evolución de la enfermedad. En estos casos, el examen local sirve de mucho como auxiliar del dato termométrico para predecir la terminación funesta, y en breve plazo dentro del tipo crónico, revelando la existencia de una neumonía simple ó tuberculosa, de una pleuresía, de una bronquitis aguda, ó bien de la forma hemoptóica de que ya se ha hecho mención al hablar de la hemoptisis. El curso de esta variedad de tuberculosis oscila entre uno y cinco años.

Por último, el tipo irregular de la fiebre en la tuberculosis crónica comprende tres variedades: el tipo inverso, en que la temperatura matutina es la más elevada; el tipo propiamente irregular en que, por ejemplo, una fiebre continua de uno ó dos días es interrumpida por un acceso febril más intenso, que va seguido á su vez de una fiebre de tipo intermitente ó remitente y, por último, la fiebre con temperaturas subnormales en muchas horas del día, tipo que merece el nombre de fiebre de colapso.

El tipo inverso, raro como es sabido en la tisis pulmonar, aunque menos raro, sin embargo, que en otras afecciones febriles, con razón se reputa como de mal pronóstico, pues la experiencia enseña, en efecto, que sólo se presenta en los tísicos graves y en períodos muy adelantados del padecimiento pulmonar.

Todavía es peor el pronóstico de la fiebre irregular propiamente dicha, la cual es precursora casi siempre de la fiebre de colapso. Una y otra, pero en mayor grado como ya se comprende la segunda que la primera, demuestran, no que la lesión se detiene en su marcha ni que la infección microbiana tiene menos importancia, pues, al contrario, en esta época es cuando más papel desempeñan las infecciones mixtas, sino que la economía ya está tan quebrantada que reacciona de un modo anormal y deficiente al proceso destructor que alberga en su seno y al agente ó agentes patógenos que son la causa de dicho proceso. En particular las temperaturas subnormales son un signo seguro de que ya están contados los días del paciente.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

El carbonato de guayacol en terapéutica.—El Dr. D. José Ferrúa publica, en la *Gaceta Médica de Granada*, las siguientes ideas de gran interés:

El carbonato de guayacol es un medicamento que pertenece al grupo de los derivados de la creosota, de la que representa el 25 por 100.

No siendo cáustico, no provoca regurgitaciones, vómitos, ni trastorno alguno gastrointestinal.

Las traqueobronquitis apiréticas, los catarros pulmonares, las broncorreas mocopurulentas, las laringitis crónicas, etc., son favorablemente influídas por el carbonato de guayacol.

Da buenos resulados aún en los sujetos minados por la fiebre héctica, pues contiene la excesiva expectoración y hace bajar la temperatura.

Con su juicioso empleo ha visto producirse en algunas semanas la desaparición de los signos estetoscópicos de la tuberculosis pulmonar, confirmada en el primer estadio y en el primer tiempo del segundo período.

La fiebre cae generalmente al cabo de ocho á diez días; los esputos pierden sus caracteres patognomónicos y se vuelven más flúidos; la expectoración se hace más fácil, la tos más húmeda y la respiración menos penosa hasta que recobra su tipo normal, lo que demuestra que no hay solamente detención del proceso morboso, sino un trabajo de reparación de los elementos anatómicos del tejido pulmonar, alterados en su forma y en sus propiedades por la invasión bacilar.

Lo ha usado aun en los tuberculosos llegados á esa última fase en que todos los remedios tienen pocas probabilidades de éxito. Si no cura, puede al menos prolongar la existencia, lo que no es poco conseguir.

La asepsia de los pulmones mantenida por el carbonato de guayacol, basta por sí sola para explicar el éxtasis completo de la proliferación bacilar, que con frecuencia se produce tras su empleo algo prolongado. Los microorganismos adultos no hallan las condiciones del medio indispensables para su existencia y sucumben. Duda que la creosota y sus derivados puedan destruir los esporos. Cuanto más inferior es el grado de desarrollo de un sér parasitario, tanto más fácilmente escapa á la acción de los microbicidas ordinarios. Pero no hay que preocuparse con extremo de los peligros creados por su presencia en la economía. Si las lesiones anatómicas del paréquima pulmonar no son muy avanzadas, la asepsia permanente producida por el carbonato de guayacol permite al organismo multiplicar sus defensas contra las futuras invasiones bacilares, y devolver con el funcionalismo normal de las vías respiratorias uno de los más potentes factores de la hematosis fisiológica.

El poder antiséptico y antibacilar del carbonato de guayacol, sólo puede ser comprendido haciendo intervenir un segundo elemento de orden biológico, la energía vital, fuente inagotable de reacciones medicatrices, cuya influencia en todas las enfermedades ha sido hace tiempo relegada á segundo término por la escuela anatomopatológica, y que, sin embargo, es evidente.

Privarse de este dato capital en el problema de la acción terapéutica de ciertas substancias, que la fisiología sola no podría resolver, es aminorar el trabajo reparador de la naturaleza, es olvidar que la química experimental del laboratorio conduce frecuentemente á resultados opuestos á los de la química del organismo vivo.

La atenuación de la virulencia de las toxinas microbianas acarreadas por el torrente circulatorio no está demostrado que se deba únicamente al remedio. Modificaciones moleculares, combinaciones químicas que se nos escapan pueden producirse en el seno de los tejidos, sin que tengamos derecho á afirmar la existencia de un antagonismo irreductible entre el microorganismo infeccioso y su adversario terapéutico. La misma vida se encarga de fabricar las antitoxinas.

La Medicina no debe desempeñar otro papel que el de hacer un aporte juicioso de estimulantes de la decadente actividad orgánica, de substancias que — dotadas de virtudes especiales, reconocidas por la experiencia como desfavorables á la nutrición de los agentes microbianos—comuniquen bríos al organismo ayudándole á la formación de productos incompatibles con la existencia de gérmenes patógenos y su proliferación en el organismo, causa incesante de reinfecciones multiplicadas.

La fase del reblandecimiento de los focos pulmonares en la evolución de la tuberculosis es indudablemente de una extraordinaria gravedad, porque abre la puerta á las proliferaciones microbianas asociadas y la sangre recoge toxinas procedentes de los alveolos destruídos donde los bacilos han establecido domicilio.

La fiebre héctica pronto precipita el desenlace funesto del triste drama que tantas víctimas predestinadas desempeñan todos los días, á pesar de los sueros y las tuberculinas, cuyo reclamo interesado, hacedor de pseudomilagros, ensalza las virtudes, mientras que la clínica registra los fracasos y se esfuerza en prevenir á las personas de buena fé contra los peligros de la ceguedad que les lleva á emplear productos de la especulación exótica, siempre demasiado caros para lo que realmente valen.

Pero esta fase tan temible no es quizá completamente superior á los medios terapéuticos. Atacada en sus manifestaciones iniciales por el carbonato de guayacol se detiene de ordinario, y si las lesiones anatómicas no retroceden, tampoco progresan; los bacilos son amortiguados y cesan de reproducirse; la enfermedad adquiere poco á poco esa forma estacionaria en que la energía vital, la fuerza de conservación del organismo se rehace. También, á falta de una sensible modificación del estado patológico del tejido pulmonar, la mejoría muy pronunciada de los cambios materiales, el incremento de las fuerzas y de la nutrición en general, son hechos demostrativos de que por influjo de la medicación guayacolada, la tuberculosis puede retardar su marcha y llegar á un estado compatible con el funcionalismo casi normal del aparato respiratorio y de la hematosis.

Basta que un agente antiséptico tenga el poder de aminorar, de suspender ó de abolir la acción funcional de las bacterias y de los bacilos, para hacerlos completamente inofensivos. Todos los grandes terapeutas que viven, Arnozan, Robin, Bouchard, etc., están acordes sobre este punto.

El *principio de los análogos*, de Guinard, «un agente medicamentoso ó tó-

xico es tanto más activo y de tanta mayor influencia como modificador de la vitalidad, de la nutrición y del funcionalismo de los elementos orgánicos, cuanta mayor analogía tiene con la constitución y organización química de estos elementos», no puede ser estrictamente aplicable al guayacol y sus compuestos, pero se presta á ensayos de interpretación que ya hemos desarrollado en otro trabajo.

Las embrocaciones de guayacol sobre la piel sana ejercen una acción antitérmica y analgésica muy notable, pero solamente cuando existe una superelevación morbosa de la temperatura.

Algunas veces han llegado á provocar fenómenos de depresión profunda del pulso, un colapso peligroso y sudores fríos, indicadores todos de la absorción excesivamente rápida del remedio, por lo que es preciso vigilarla.

Las embrocaciones de guayacol han dado excelentes resultados á Sciolla y á Bard en la tuberculosis aguda, pero la marcha de la enfermedad solo se suspendió durante cierto tiempo.

La ingestión gástrica del carbonato de guayacol resulta todavía el tratamiento preferible, aunque también se puedan prescribir las embrocaciones, como coadyuvantes antitérmicos, á condición expresa de no hacerlos muy lejos ni de aplicarlas sobre extensas superficies.

La alcalinidad de la sangre está disminuída en las infecciones bacilares. El carbonato de guayacol levanta la cifra y al cabo de cierto tiempo se aprecia que sobrepasa la normal. Esto constituye un argumento perentorio en favor de la medicación guayacolada, porque está probado que una sangre fuertemente alcalina, lejos de favorecer la existencia de los bacilos, dificulta su desarrollo y se opone á su multiplicación.

Existe contraindicación cuando la enfermedad del aparato respiratorio se complica con una nefritis aguda ó crónica, y en general, en todos los casos en que no funciona bien el riñón. El carbonato de guayacol se elimina en gran parte por las orinas. Su administración exige, pues, la integridad del aparato renal, si se quiere evitar la acumulación de productos tóxicos en el árbol circulatorio. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 19 *de Noviembre de* 1902.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis.—El Dr. Poirier: En la discusión que hubo aquí hace algunos años, fuí uno de los defensores de la intervención precoz en las apendicitis. En dicha época sostuve que no había tratamiento médico de esta enfermedad, y lo que después he visto no ha modifi-

cado esta opinión, y he continuado siendo más que nunca intervencionista, de modo que el año pasado decía, recordando que había practicado 64 nuevas operaciones, que para dicha enfermedad se ha de aceptar la siguiente fórmula: apendicitis aguda = operación.

Desde 1899 se han practicado en mi enfermería, por mis internos ó por mí, 19 operaciones por apendicitis agudas, de las cuales había 8 con peritonitis, obteniendo 17 curaciones y 2 defunciones; en 1900, 19 casos con 19 curaciones, y en 1901, 23 casos de los cuales había 9 con peritonitis generalizada ó intoxicación, y obtuve 20 curaciones y 3 defunciones; de estos datos se desprende una mortalidad del 8 por 100. En cambio, los resultados obtenidos en la población difieren, porque he tenido una mortalidad mayor, ó sea un 30 por 100, la cual se ha de atribuir á la época tardía en que se nos llama á los cirujanos. Por esto no dudo en repetir que la apendicitis ha de ser operada lo más pronto posible, y nada encuentro que me incline á cambiar de conducta en todo lo que se ha dicho últimamente acerca de esta cuestión. Para juzgarla se ha acudido á diferentes argumentos que han llevado á clasificar los cirujanos en los que operan siempre, en los que operan frecuentemente y en los que operan rara vez. En mi opinión, existe grande interés en comparar el modo de operar, y en mi enfermería mis internos no practican la intervención hasta que ya llevan seis meses en aquélla, cuando ya conocen mi método y estoy seguro que operan como yo quiero; por este motivo los enfermos no son operados por los médicos de guardia. He aquí, en pocas palabras, mi técnica operatoria: practico una gran incisión en el borde del recto mayor sin temer las hernias ulteriores, que son raras; después busco el magma intestinal y detrás ó por encima de él trato de descubrir los abscesos y el apéndice, el cual extirpo siempre; si mis dedos se infectan, los lavo y continúo la operación sin que tema infectar el peritoneo, puesto que no creo en su infección por las maniobras operatorias. Resecado el apéndice coloco el desagüe con cuatro tubos grandes, dos cerca del ciego, uno en la cavidad peritoneal y otro introducido hasta el fondo de saco de Douglas. No hago la aspiración, de la cual se ha hablado, puesto que en los primeros días no hay nada en los tubos por verificarse el desagüe entre ellos y sólo al cabo de tres ó cuatro días comienza el derrame purulento de un modo franco. Al contrario de algunos de mis colegas, creo útil la discusión actual, pues estoy persuadido que contribuirá á aumentar el número de los partidarios de la intervención precoz, y á curar esta afección que el Dr. Dieulafoy ha dado á conocer con más perfección.

El Dr. Ricard: En la sesión precedente dijo el Dr. Routier que era difícil hacer el diagnóstico de las formas de apendicitis. Trátase de un punto secundario de esta cuestión, puesto que todo reside en la forma con que el peritoneo reacciona. Sabemos que, en efecto, estas reacciones no están en relación con los síntomas de tal ó cual forma anatomopatológica; el punto importante es el diagnóstico de la forma clínica. En los casos ligeros nunca opero al principio, porque la mayor parte curan sin intervención; por lo demás, en esta categoría de hechos rara vez somos llamados, por fortuna, puesto que en presencia de un dolor ilíaco que hipnotiza á ciertos cirujanos, con frecuencia se expondría al enfermo á la operación cuando tal vez se trataría de una indigestión ó de una fiebre tifoidea. Tengo un ejemplo de este

género, referente á un enfermo que se quejaba de dolores en la fosa ilíaca; se pensó en una apendicitis de forma ligera y se le envió al hospital; algunos días después presentaba los síntomas de una fiebre tifoidea. En los casos graves, excepción hecha de los agónicos y de los casos hipertóxicos, desde luego incurables, no se ha de contemporizar, y sobre este punto estamos todos de acuerdo; en estos casos se nota la mortalidad más elevada, aunque se obtengan éxitos algunas veces.

La división comienza á acentuarse entre nosotros cuando se trata de la apendicitis aguda que entra en los casos de mediana gravedad. Si el absceso ilíaco es manifiesto, no hay más que excudirlo y extirpar el apéndice; pero si se trata de esa forma clínica en que la defensa peritoneal se manifiesta por una masa limitada, sigo la conducta de Jalaguier y de los médicos de niños: espero; puesto que ó se verificará espontáneamente la resolución ó se coleccionará el pus y dará tiempo para intervenir más tarde. Quedan los casos en que no hay absceso ni masa limitada y entonces la conducta es más difícil; si el pulso es bueno, vibrante y la facies satisfactoria, aplico el tratamiento médico y vigilo de cerca á mi enfermo; sólo intervengo cuando la septicemia, sustituyendo á la inflamación, parece que quiere manifestarse; entonces no dudo en intervenir. Como se ve, soy uno de los partidarios de la contemporización activa, de la cual podría decir que en el año pasado beneficiaron 7 casos en mi enfermería y 12 en la población, vistos con uno de mis colegas. En resumen, creo que no es posible reducir el tratamiento de la apendicitis en una fórmula estrecha y que se procedería equivocadamente vulgarizando esta fórmula: apendicitis = operación.

El Dr. Walther: Participo por completo de la opinión de nuestro colega Ricard, y creo que la elección de los tratamientos de la apendicitis ha de estar subordinada á los hechos. Siguiendo esta regla de conducta, he tratado desde 1900, 203 enfermos. En 1900, 3 graves en caliente, 1 muerto, 15 agudos en caliente, 15 curaciones; 13 en frío, 13 curaciones. En 1901, 6 graves en caliente, 2 muertos; 17 agudos en caliente, 17 curaciones; 20 en frío, 20 curaciones; en 1902, 3 graves en caliente, 2 muertos; 17 agudos en caliente, 17 curaciones; 21 en frío, 21 curaciones. Además, en 1902, 15 en caliente, 3 muertos, 77 agudos en frío, 77 curaciones; es decir, de 203 operaciones he obtenido 195 curaciones y 8 defunciones.

El Dr. Richelot: Estoy lejos de proclamar la abstención en la apendicitis, y sin embargo, creo que no se ha de admitir, en principio, la intervención en todos los casos; es necesario ser oportunista. Desconfío siempre de los síntomas que tienen una apariencia de benignidad y cuando el dolor ha sido brusco, violento al principio con continuación de la fiebre, aunque el dolor haya disminuído, no es prudente contemporizar, porque es exponer á un serio peligro al enfermo el diferir la operación. La alteración de los rasgos fisiognomónicos es con frecuencia un signo muy tardío. He tenido recientemente un ejemplo de ello en una joven, en la cual, después de los accidentes moderados, encontré un apéndice gangrenado sin pus. Al lado del dolor intenso y del generalizado, existen otros signos menos alarmantes, cuyo valor no es inferior para decidir la operación. En el curso de la enfermedad, sin que quiera llamar la atención sobre los diferentes casos, sí la llamaré acerca de la ansiedad de que algunos enfermos están poseídos;

cuando existe, debe hacerse la operación y aun no siempre da resultado. Es necesario también tener en cuenta y diferenciar la calma engañosa de la franca, y saber que con mucha frecuencia las recrudescencias no son más que continuaciones de la enfermedad. Importa, pues, que sea bien observada y que se desconfíe de los estados estacionarios seguidos á menudo de recrudescencias. En resumen; en las apendicitis agudas graves, opero al principio, y en las otras espero, puesto que no comprendo la seguridad con que se niega la gravedad de ciertas operaciones; no creo que se pueda poner en duda que sea ventajosa la operación en frío. En esta cuestión terapéutica el interés de los enfermos se halla en que el cirujano sea ecléctico.

(*Bull. Méd.*)—Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del 21 *de Noviembre de* 1902 (1).

Operación cesárea por fibroma uterino.—El Dr. Tissier: La enferma de que voy á ocuparme ingresó en el Hospital de San Antonio para parir. Se hallaba embarazada de siete meses y medio, y al reconocerla se encontró un útero irregular, con tumores duros. Según pudo apreciarse al tacto, la excavación estaba ocupada por uno de estos tumores. Se diagnosticó embarazo complicado con fibromas. Se dejó continuar el embarazo, y cuando me pareció que había llegado á término practiqué la operación cesárea, que fué sencillísima. Después de extraer el feto ví que el tumor se enucleaba fácilmente de la excavación pelviana; el Dr. Ricard, que asistía á la operación, fué encargado por mí de extirpar el útero. Hizo la histerectomía supravaginal y la enferma curó.

El Dr. Boissard: Creo que en las mujeres embarazadas que padecen fibromas debe practicarse el reconocimiento anestesiada con cloroformo, porque así es posible apreciar la movilidad del útero. Hace algunos años fuí llamado para ver á una señora embarazada de tres meses con fibromas tan voluminosos que la indicación del aborto se imponía. Antes de practicar esta operación, que la familia reclamaba, reconocí á la enferma después de cloroformizada. Comprobé así que el tumor podía ser rechazado por encima del estrecho superior. Dejé continuar el embarazo y el parto fué espontáneo.

El Dr. Bar: El problema de la intervención quirúrgica en los casos de fibromas gravídicos, es algo embrollado. En efecto, si se consultan las estadísticas, se ve que la mortalidad es elevada en la operación cesárea y en la histerectomía. Conviene examinar las cosas más de cerca y saber en qué condiciones se ha practicado la operación. La mayor parte de las veces se trata de enfermas fatigadas por un trabajo prolongado, por operaciones anteriores (forceps, retropulsión de fibroma); están á menudo infectadas por la rotura precoz de las membranas. Esto explica, según creo, la gravedad de tales intervenciones. Creo que, cuando después de haber reconocido deteni-

(1) Primera del Curso académico actual.

damente una mujer á fin del embarazo, se comprende que el fibroma por su volumen y su sitio dificulta considerablemente el paso del feto, es necesario practicar la operación cesárea *antes de que principie el parto.* Después de haber extraído la criatura se estudiarán las relaciones del tumor, y si se ve que no hay adherencias, se hará la histerectomía. Si, al contrario, el tumor por su sitio ó por sus relaciones hace difícil la operación, hay que limitarse á practicar la operación cesárea conservadora, dispuestos á extirpar el útero después, cuando ha disminuído el riego sanguíneo de los órganos pelvianos.

Enfermedad de Barlow.—El Dr. Tissier: El escorbuto infantil es rarísimo en Francia, porque, según las últimas estadísticas, se han recogido á lo sumo 25 observaciones. Creo que conviene publicar los casos de este género, porque muchos médicos desconocen la enfermedad, y haciendo un buen diagnóstico el niño cura con rapidez. En el caso que he observado los signos eran típicos: hemorragias bucales y cutáneas, tumores óseos, enflaquecimiento, etc. Todos los fenómenos cedieron en pocos días á beneficio de la ingestión de leche cruda y de zumo de naranja. ¿Cuál es la patogenia de esta curiosa enfermedad? ¿El raquitismo? Nó, porque los niños no presentan indicio alguno de deformaciones óseas, pues los abultamientos son debidos á las hemorragias subperióstica. ¿Es una toxinfección? Nó, porque mi enfermito jamás tuvo trastornos digestivos. Creo más bien que se trata de una intoxicación de origen alimenticio análoga al escorbuto de los adultos. Sabemos, además, que estos accidentes se observan de preferencia en los niños alimentados con leche más ó menos cocida. Nuestro enfermo fué alimentado con leche pasteurizada.

Hernia umbilical estrangulada en un niño recién nacido. — El Dr. Brindeau: Este niño fué llevado á la Maternidad del Hospital de San Luis al día siguiente de nacer. Tenía una hernia umbilical del volumen de una nuez gruesa, sobre la que se insertaba el cordón. El tumor era irreducible, el vientre estaba abombado y el niño vomitaba su meconio. Incindí el abdomen en dirección vertical, siguiendo una línea paralela á la línea blanca, pasando á un centímetro del ombligo. Introduje entonces mi dedo en el anillo estrechado y lo seccioné. El intestino (fin del íleon y ciego) estaba muy adherido al saco. Este último fué resecado después de reducida la hernia y el abdomen se suturó con crin de Florencia, curando el niño.

Estrechez congénita del intestino grueso de un recién nacido. — Los doctores Maygrier y Saillant: La pieza anatómica que presentamos procede de un niño muerto en la Maternidad de la Caridad. El niño nació de ocho meses y parecía normal, pero al poco tiempo la regurgitación del meconio y la falta de deposiciones llamaron la atención hacia el recto. Las sondas introducidas por el ano se detenían á 5 centímetros. Se intentó en vano llegar al extremo superior por una incisión perineal, y en vista del fracaso se decidió practicar un ano ilíaco. El niño murió á las trece horas de operado. En el ejemplar se nota la distensión enorme del intestino delgado y la atrofia de todo el grueso, cuyo calibre no excede del grosor de una pluma de ganso, aunque era permeable en toda su longitud. Esta atrexia es interesante por no ocasionar más que los signos de la estrechez rectal y por ser el único caso de estrechez tan extensa que se cita. — (*Le Bull. Medical*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 25 de Noviembre de 1902.

Causas y tratamiento de la trombosis tifoidea. — El profesor A. E. Wrigh leyó en su nombre, y en el del Dr. H. H. G. Knapp, un trabajo sobre este asunto, fundado en la observación comparada de la sangre de los tíficos en el período agudo de la enfermedad y en la convalecencia con la de las personas sanas, en lo referente á su coagulabilidad y á su proporción en sales de cal. En las personas sanas hay en los diferentes individuos, y á veces en uno mismo, diferencias grandísimas respecto á estos dos particulares. La coagulación tarda en obtenerse en el hombre adulto de tres y medio á quince minutos. La proporción de sales de cal que contiene la sangre no es en modo alguno indicio de su coagulabilidad. En el período agudo de la fiebre tifoidea suele haber disminución general de la coagulabilidad de la sangre, lo que explica la tendencia á la hemorragia intestinal. Durante la convalecencia aumenta de un modo notable la coagulabilidad, haciéndose cuatro veces y media mayor que en el período agudo. En siete de los casos observados por los autores hubo trombosis femoral. La cantidad de sales de cal contenida en la sangre durante la convalecencia, es dos veces mayor que en la sangre normal. El aumento de coagulabilidad de la sangre aumenta el proceso trombósico cuando el coágulo primitivo se retrae y permite el restablecimiento de la circulación. Se ha creído que el aumento de coagulabilidad depende del aumento de las sales de cal en la sangre, y que este fenómeno es debido probablemente á la gran cantidad de sales de calcio contenidas en la leche que se hace tomar á los enfermos tíficos. Este hecho explica, en cierto modo, la utilidad de la dieta láctea en la *hemorragia serosa* renal. El mejor tratamiento en los casos de trombosis tifoidea es la administración del ácido cítrico para privar de sales calcáreas á la sangre. Este tratamiento, empleado en cuanto pasa el peligro de la hemorragia intestinal, es un medio profiláctico de gran eficacia en la fiebre tifoidea. La privación parcial de sales de cal á la leche por la adición del citrato de sosa (1 á 2 gramos por cada dos litros) es también un medio bastante útil. Hace la leche más digestible y evita el estreñimiento.

El Dr. *W. Hunter* cree que la explicación dada de la trombosis por el aumento de cal es instructiva como la del aumento de sales de cal en la sangre. En el *London Fever Hospital* se ha administrado con éxito el citrato de sosa en los enfermos febriles. Preguntó al Dr. Wright si sus observaciones se extienden también á la difteria tratada por la antitoxina.

El Dr. *H. D. Rolleston* preguntó al Dr. Wright si creía que la flebitis y la trombosis secundaria son debidas ambas al aumento de la coagulabilidad de la sangre. Se cree en general, que la flebitis depende de una infección de la pared de la vena por los bacilos tifoideos. Indicó que en los casos observados en el Sur de Africa se observó un exceso de trombosis; se ha atribuído á los alimentos en conserva y á la extensión excesiva de las piernas durante la marcha. Pero es posible que la leche condensada contenga un exceso de sales de cal, lo que explicaría la teoría del Dr. Wright.

El Dr. *Newton Pitt* indicó que en los trombos de la fiebre tifoidea se han encontrado organismos; la cuestión es averiguar si su desarrollo es anterior ó posterior al de la trombosis. Preguntó si el exceso total de sales calcáreas que existe en la sangre de los enfermos de trombosis se halla en relación con la tomada con la leche, ¿cómo puede ser debida á un exceso de las sales de cal la trombosis que se observa en otras enfermedades, sobre todo en la influenza, en las que no toma cantidades excesivas de leche? En la trombosis de la gota, tampoco puede invocarse la teoría de la leche. ¿Cómo es posible explicar la falta de trombosis en los niños alimentados con leche? El problema planteado tiene un valor práctico grandísimo.

El Dr. *C. Ogle* preguntó si la administración del ácido cítrico es seguida de algún indicio de metabolismo.

El Dr. *Wright* dijo que no había hecho investigaciones bacteriológicas. Cree que las bacterias pueden ser un factor en el proceso, que no atribuye exclusivamente á las sales de cal. Respecto á los niños no se sabe que absorban la cal, y sabemos que la coagulabilidad de su sangre es pequeña. En la influenza influyen otras causas para que se coagule la sangre, por ejemplo un exceso de leucocitos. En la fiebre tifoidea faltan las causas ordinarias. No ha observado indicio de embolia, y cree que á los pocos días el coágulo está organizado en la pared venosa. A su juicio, el gran número de trombosis observadas en el Sur de Africa puede ser debido al uso de la leche condensada, que, en proporción de volumen, es más abundante en sales calcáreas que la natural. La cantidad de cal administrada en la dieta láctea es más que suficiente para explicar el exceso de cal que circula con la sangre.—(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

COMITÉ INTERNACIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Conferencia de otoño celebrada en Berlín del 18 *al* 26 *de Octubre de* 1902.

(Continuación).

La lucha contra la tuberculosis y la higiene de las escuelas. — El Dr. Obertüschen (de Wiesbaden): 1.° Es preciso que la escuela contribuya también á la solución de este problema. La escuela tiene este derecho por su lugar como principal soporte de la civilización, y promotora de todo humano progreso. Este deber surge de la naturaleza misma de la escuela, institución obligatoria del Estado, de la que lo menos que se puede exigir, es que proteja todo lo posible á maestros y escolares contra el peligro del contagio de la tuberculosis.

2.° La colaboración de la escuela en la lucha antituberculosa, traería:

a) La curabilidad de la tuberculosis.

b) Su naturaleza como enfermedad contagiosa.

Dada la curabilidad de la tuberculosis, el deber de la escuela es:

1.° La exclusión de la clase de todo niño tuberculoso, y si fuera posible, su envío á un sanatorio de niños.

2.° El absoluto alejamiento de todo maestro tuberculoso, y su estancia y

tratamiento en un establecimiento, aun después de su curación, bajo el punto de vista económico y, en tanto que el médico lo juzgue necesario, por constituir todavía un peligro de infección: todo esto conservándole sus haberes.

3.° Por lo que respecta á la preservación del peligro del contagio, puede la escuela, además, tener la más extensa acción profiláctica; esta acción se puede ejercer, ya directamente, con medidas en contra de los factores nocivos que trasmiten la enfermedad, ya indirectamente, por los medios preservativos y, sobre todo, por disposiciones encaminadas á impedir la propagación del peligro tuberculoso.

4.° La profilaxis directa no puede tener más que un valor limitado, dadas las circunstancias, es decir, la naturaleza de los agentes nocivos (bacilos tuberculosos) y sus extensos estragos.

5.° Se debe dar la mayor importancia á la profilaxis indirecta, que comprende las medidas siguientes:

a) Prestar la mayor atención á los ejercicios corporales, en particular á los que sirven para fortificar los pulmones y el corazón, sobre todo en la época de la pubertad, de catorce á diez y nueve años (Escuelas superiores, comerciales, de perfeccionamientos industriales y de aprendizaje).

b) El concurso de la escuela en la elección de profesión.

c) Apoyar los esfuerzos humanitarios que tiendan á fortificar á la juventud en la época del crecimiento.

d) Instruir á la juventud escolar sobre la naturaleza de las enfermedades infecciosas y los medios de preservarse de ellas, por profesores suficientemente preparados (Lecciones de cosas).

No es posible alcanzar este fin, sin la constante cooperación de las autoridades médicas y, por eso es que, para que sea eficaz la ayuda de la escuela en la lucha antituberculosa, es preciso nombrar en todas partes médicos de las escuelas.

El dispensario «Emilio Roux», de Lila. — El Dr. A. Calmette (de Lila): La organización actual de la lucha antituberculosa en Francia, se reduce á lo que hacen la asistencia pública y la beneficencia privada. El Estado sólo participa, por medio de subvenciones extraídas del presupuesto nacional, de los fondos de las apuestas mutuas. Siendo incapaces las Sociedades de Socorros mutuos de asumir el cargo de construir y mantener sanatorios, por ser numerosas sí, pero pobres generalmente, era necesario buscar el medio de combatir la difusión de la tuberculosis en los medios obreros, instituyendo en cada ciudad, edificios ú obras mantenidos en lo posible por la municipalidad, y los grupos sociales interesados, y con los fines principales de profilaxis antituberculosa, asistencia á domicilio y educación higiénica de las familias.

Estas obras, cuya denominación más ordinariamente adoptada es la de «Dispensarios antituberculosos», se han multiplicado, sobre todo, desde hace dos años. No tienden á reemplazar al sanatorio, que debe ser mirado como el único instrumento eficaz para la curación de la tuberculosis. Constituyen únicamente un medio de extender al mayor número posible de enfermos pobres los beneficios de la asistencia médica y material suficiente para subvenir á las necesidades más apremiantes, y son, sobre todo, un precioso instrumento de educación pupular y de propaganda antituberculosa.

Desgraciadamente, si las ideas que han guiado á la mayor parte de los organizadores de estos Dispensarios han sido siempre inspiradas por sentimientos elevados de filantropía y solidaridad humana, es preciso reconocer, que casi siempre se ha cometido el grave error de calcar su funcionamiento sobre el de las policlínicas ó consultas de la oficina ó negociado de beneficencia. En lugar de esto, en materia de lucha antituberculosa, era indispensable dejar en segundo ó tercer lugar al médico encargado de las consultas, era preciso ocuparse, sobre todo, de buscar enfermos é instruirles sobre la necesidad de tomar medidas particulares de higiene: en su propio interés y en el de que los que le rodean, era preciso velar sobre la limpieza y salubridad de su alojamiento; era preciso coger sus ropas contaminadas, desinfectarlas y lavarlas; era preciso, en fin y, sobre todo, darle socorros alimenticios durante todo el período de reposo que le impone la enfermedad.

El Dispensario «Emilio Roux» de Lila realiza este tipo de profilaxis antituberculosa y de asistencia. Su creación data del 1.° de febrero de 1901; así, pues, bien pronto terminará su segundo año de existencia. Sus comienzos han sido modestos, pero, poco á poco, han aumentado los recursos y, actualmente, está organizado para asistir 120 enfermos diarios.

Los enfermos reconocidos como tuberculosos y sin recursos suficientes, después de información, son clasificados en tres categorías. El principio ó norma es dar el máximo de socorros á los menos atacados entre los más pobres. Este principio es racional, pues se trata, sobre todo, de prolongar la vida económica de hombres ó mujeres en pleno período de rendimiento social.

Los enfermos de cada categoría reciben los socorros siguientes:

1.ª Categoría. — Salario: 100 kilogramos de carbón por mes; 250 gramos de carne de buey cada dos días.

2.ª Categoría: 100 kilogramos de carbón por mes; 1 kilogramo de pan ó un litro de leche al día; 1 bono de comida por día en las cocinas populares (comprende sopa, un plato de carne y un plato de legumbres).

3.ª Categoría: un litro de leche por día y 13 huevos por semana.

Además, cada enfermo recibe vestidos y la ropa de cama cuando la necesita. Se le da también una escupidera de bolsillo, otra de mesa y un litro de lisol á 2 por 100 todas las semanas.

Las habitaciones son bien lavadas y desinfectadas una vez al trimestre por medio de lavados con cloruro de cal y embadurnamiento de las paredes con cal.

El Dispensario posee un lavadero á vapor que lava gratuitamente la ropa blanca de 60 familias cada semana. Los enfermos vienen á la consulta siempre que lo juzga conveniente el Director del Dispensario, y los esputos se analizan una vez al mes por lo menos. Cuando se puede, los niños van á un sanatorio marítimo á costa del Dispensario.

La educación higiénica de las familias se efectua, sobre todo, á domicilio, por un investigador especialmente instruído para esta especie de apostolado.

Los gastos de sostenimiento de cada enfermo se elevan actualmente, por término medio, á un franco diario para los de las dos primeras categorías, sin contar los gastos generales y lavado de sus ropas blancas. Los gastos totales del establecimiento, contando bajo la base de que se asistan 20 enfer-

mos de primera categoría, 20 de segunda y 80 de tercera, son próximamente 2500 francos al mes, ó sean 30.000 francos al año.

Nuestra experiencia de cerca de dos años, nos demuestra que la realización de este programa da resultados muy satisfactorios. Muchos enfermos, después de haber sido asistidos durante un tiempo variable de uno á nueve meses consecutivos, han reemprendido su trabajo, sin tener ya bacilos en sus esputos y habiendo recobrado las apariencias de una buena salud. A cada una de sus recidivas se les asistirá de nuevo y así se irá prolongando todo lo posible su vida económica.

Sería de desear, evidentemente que, sobre todo en las ciudades industriales, se multiplicasen instituciones del mismo género que ésta. Pero para que sean verdaderamente útiles, deben organizarse de modo que cada enfermo sea instruído y asistido en su casa, y no tan sólo en el local de consultas.

El Dispensario antituberculoso debe necesariamente realizar las siguientes condiciones:

1.° Educar al enfermo y á su familia.

2.° Sanear el alojamiento.

3.° Desinfectar y lavar la ropa blanca.

4.° Dar los alimentos y todos los socorros materiales indispensables durante los períodos de huelga forzosa.

Dirección más útil que pueden tomar los debates en la Conferencia. —El doctor Carlos Denison Deuver (del Colorado): Alemania ha contribuído más que ninguna otra nación al descubrimiento del germen de la tuberculosis. Que defina ahora el terreno en que se desarrolla ese germen, determine y exponga su formación, y habrá hecho más para exterminar este azote, que descubriendo el origen.

Puesto que la resistencia constitucional y el medio favorable se oponen á la vez al contagio y á la germinación, el grado de virulencia del bacilo tuberculoso (que desde hace algún tiempo monopoliza demasiado la atención del mundo médico) es de poca importancia, al lado de la predisposición al contagio que mina á los pueblos civilizados. Según mi creencia, la importancia de la predisposición y de la inmunidad es á la del contagio y la virulencia, lo que diez es á uno. De esto se deduce, pues, que todo lo que produce la predisposición ó todo lo que confiere la inmunidad, es nuestro mayor desideratum. Tomemos por ejemplo el hecho que hemos comprobado, de que en las elevadas mesetas de nuestra América occidental, ni los animales que vagan sin abrigo alguno por las llanuras del Oeste, ni los hombres, en tanto que viven en pleno aire libre, son atacados seriamente ó mueren de tuberculosis.

Basándose en esta verdad, la cuestión más importante que hay que discutir en este Congreso antituberculoso es la siguiente, que respetuosamente propongo: ¿Qué relación existe entre la vida en pleno aire libre y la inmunidad de la tuberculosis? Y recíprocamente, ¿cuáles son los cambios producidos en el aire respirado en un local confinado, que producen la receptividad? En otros términos y para dividir la cuestión con objeto de ser más claros:

1.° ¿Qué relación hay entre los elementos que constituyen el aire respirado (luz, calor, movimiento, grado de electricidad, extensión, etc.) y la in-

munidad? (Se entiende que se trata de la inmunidad aproximada, más ó menos completa).

2.° y muy importante. ¿Qué cubicación por persona debe tener toda habitación humana (salas, escuelas y talleres) para desarrollar y conservar la resistencia á la tuberculosis, en aquéllos que pasan la mayor parte de su vida en su interior?

Es preciso determinar científicamente la cubicación de aire necesario para la salud de las personas y de los animales, así como los medios de renovarlo; también sería necesario añadir á esto la evaluación mínima, teniendo en cuenta los cambios de estación y de condiciones, así como los gastos de calefacción en el invierno.

El problema de la ventilación suficiente nunca ha sido resuelto por las autoridades.

3.° ¿Cómo se podrán determinar y comprobar estos hechos?

4.° La interpretación que ha dado á sus propios experimentos Sir Benjamín Richardson, ¿es exacta cuando dice, por ejemplo, que para vivir es indispensable que el aire esté cargado de electricidad?

Esperamos que vuestra Conferencia hará mucho para dilucidar estos problemas. Una vez que se haya determinado la verdad de los hechos, no habrá más que instruir al pueblo y se disminuirán mucho los estragos de este azote.

La declaración de la tuberculosis. — El Dr. VAN RYN (de Bruselas): La declaración de la tuberculosis debía existir en todos los países, porque para poder destruir de un modo eficaz los focos de contagio, es necesario estar enterado del lugar en donde se hallan.

Cada país establecerá su legislación especial para este fin, de la manera que juzgue más compatible con los hábitos y costumbres de sus pobladores.

Diversas objeciones podrían hacerse á la declaración, por ejemplo:

1.ª La declaración ataca á la libertad individual y al secreto profesional.

2.ª Exigiendo la declaración, se corre el riesgo de asustar á los enfermos y agravar su estado.

3.ª Como consecuencia de la declaración, resultará que las personas conocidas como afectadas de la tuberculosis no se podrán colocar en parte alguna, perderán su situación libre.

Fácilmente se pueden refutar estas objeciones basándose en la necesidad de obrar por el interés general.

Pasemos á la práctica.

Se tendrá cuidado en no zaherir á nadie y no convertir la medida en cuestión, en espantajo ó instrumento de vejación gratuíta. Con este objeto, se obrará gradualmente.

Lo primero que hay que hacer, en aquellos países en que todavía no existe, es la organización de una estadística rigurosa de fallecimientos por tuberculosis.

Hecho esto, se obligará á los directores, arrendatarios ó propietarios de asilos, prisiones, hospitales, hospicios, pensiones, casas de huéspedes, hoteles, etc., á decir á las autoridades el nombre, edad, sexo, último domicilio de toda persona con tuberculosis que se presente ó esté alojada en su

establecimiento. La declaración podrá, asimismo, hacerla el médico de cabecera. La autoridad tomará en seguida las medidas necesarias para asegurar la profilaxis. A los contraventores se les impondrán castigos.

Además, se establecerá la declaración voluntaria por los médicos de los casos de tisis notados en los particulares. Si éstos no toman por sí mismos las precauciones convenientes, la autoridad las impondrá cuando lo juzgue útil.

Los diversos Gobiernos juzgarán si se deben contentar con la simple declaración voluntaria y gratuita de los médicos, ó si es preciso recurrir á la remuneración de la notificación, y en fin, si es posible hacer que la declaración sea obligatoria para todos.

Donde mejor se da uno cuenta de los beneficiosos efectos de la declaración es en los Estados Unidos de América, principalmente en Nueva York, donde la mortalidad por tuberculosis ha disminuído en un 30 por 100 en pocos años. — A. Espina.

(Continuará).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 6 *de Noviembre de* 1902.

Torsión del bazo: esplenectomía. — El Dr. Büdinger: Aquí presento una mujer de treinta y siete años, que estando embarazada y con vómitos frecuentes sintió de pronto grandes dolores de vientre, presentándose un tumor en la región superior é izquierda del vientre, que fué creciendo de día en día hasta sobrevenir síntomas peritónicos que exigieron la operación. Se encontró entonces que el bazo había girado 180° alrededor de los ejes longitudinal y transversal, que los vasos caminaban por detrás de la víscera y se enroscaban alrededor de su borde medio, que estaba vuelto hacia afuera. El bazo estaba muy poco hipertrofiado. La curación fué completa.

Hasta ahora no se había publicado ningún caso de torsión del pedículo alrededor del eje longitudinal. Además, los casos publicados se refieren todos á un bazo emigrante, no fijo como el actual. También llama la atención la falta de un traumatismo en la etiología del caso.

El Dr. Zuckerkandl: Puede suceder que las tracciones y los traumatismos relajen los medios de fijación del bazo; yo creo, sin embargo, que los casos de bazo emigrante se pueden explicar de otro modo. C. Toldt ha demostrado que el mesogástrico axial, que contiene en su interior al páncreas, y que lleva en su lado izquierdo al bazo, en el tercer mes de la vida intrauterina, está adherido al peritoneo parietal de la pared abdominal posterior, hacia el lado izquierdo, de tal suerte que al fin del cuarto mes está fijo el páncreas á dicha pared, y en la segunda mitad de la vida embrionaria sucede lo mismo con el bazo. Si se aparta éste del punto en que está sujeto, invirtiéndolo hacia la línea media, se ponen tensos los puntos más externos de su adherencia peritoneal, bajo la forma de pliegues que pueden llamarse ligamento frénicolienal. Si el mesenterio gástrico axial no se adhiere á la

pared abdominal posterior, entonces el bazo pende de una hoja mesentérica libre que no se opone á la dislocación del órgano. Toldt ha visto un caso de este género en el cadáver de un niño que tenía transposición de vísceras. Yo también he observado otro análogo, relativo á una mujer que parecía haber parido.

El estómago estaba dilatado y su fondo empujado á la derecha; el colon transverso formaba una asa larga que descendía hasta la pelvis; la flexura izquierda del colon estaba muy dislocada hacia abajo, á causa, sin duda, de la dislocación del bazo. Este tenía 16 centímetros de largo y 11 de ancho y estaba en un nivel muy bajo; su mitad superior se hallaba en el hipocondrio izquierdo, pero no en contacto con la pared abdominal; la inferior estaba situada por debajo del arco costal, comprimiendo al colon. En la cara cóncava del lóbulo izquierdo del hígado existía una depresión para alojar el bazo. La mitad inferior de éste tocaba con su cara cóncava á la pared abdominal. Al separar el bazo, se veía que su cara dorsal estaba libre de adherencias, y que pendía de un pedículo peritoneal grueso que en su interior contenía el cuerpo y la cola del páncreas, y también los vasos esplénicos. El pedículo se ensanchaba hacia la pared abdominal posterior y estaba libre hasta la columna vertebral. El bazo se podía dislocar en todas direcciones excepto hacia su sitio normal, porque lo impedía el hígado. El lóbulo izquierdo de éste era más largo y más grueso que en condiciones normales, pero no porque estuviese alterado patológicamente, sino porque le habían dejado más espacio para desarrollarse los órganos inmediatos.

El Dr. Emerich Ullmann: Hace dos años he visto un caso parecido al del Dr. Büdinger. Ingresó en el hospital una enferma con un tumor que ocupaba ambos hipocondrios. Era un bazo móvil y había antecedentes palúdicos. Como no ví motivo para operar, dí de alta á la enferma á los siete días, pero á los catorce volvió con el tumor en el hipocondrio derecho y muy doloroso; era indudable que se había retorcido el pedículo. Extirpé el bazo, y aunque la enferma estaba embarazada de cuatro meses, salió del hospital curada á las tres semanas de la operación. A las pocas semanas se murió de septicemia á consecuencia de un aborto provocado criminalmente, y en la autopsia (judicial) se vió que las heridas de la extirpación del bazo estaban bien cicatrizadas.

Hace tiempo ha operado Latzki un caso cuyas particularidades se explican ahora con lo que ha dicho en esta sesión Zukerkandl. Se trataba de una mujer con un tumor quístico, del tamaño de la cabeza de un feto y que radicaba en la pelvis menor, el cual se diagnosticó de quiste ovárico. Como dato anamnésico había el de un traumatismo ligero sufrido sin grandes consecuencias subjetivas hacía dos años y sobre el lado derecho del cuerpo. Al elevar la pelvis el tumor se deslizó hacia el hipocondrio izquierdo, por lo cual ya en la mesa de operaciones se pensó en un tumor quístico del bazo. Al abrir el vientre se presentó un quiste hemorrágico del bazo que ocupaba el polo inferior del órgano. Este se pudo sacar con gran facilidad de la cavidad abdominal, y entonces se puso tenso un pedículo de dos dedos de grueso, que estaba constituído por los vasos esplénicos y la cola del páncreas. No ha sido posible dilucidar la relación que haya podido haber entre el traumatismo mencionado y el desarrollo del gran quiste hemorrágico del bazo.

De todos modos, las particularidades anatómicas del caso son iguales á las del que ha expuesto el Dr. Zuckerkandl.

Cancer del cuerpo tiroides. — El Dr. Maximiliano Hirsch: Un joven de diez y nueve años ingresó en la Clíniba el 29 de septiembre del año pasado con un tumor en el cuello. Refería el enfermo que un bocio del tamaño de una nuez que tenía desde hace unos dos años, había comenzado á crecer rápidamente desde hacía unas seis semanas, presentándose al mis mo tiempo ronquera y molestias en la deglución y en la respiración. El tumor tenía, cuando ingresó en el hospital, el tamaño de un puño, ocupaba la parte anterior y derecha del cuello y, tanto por su situación por detrás del esternocleidomastoideo, como por los movimientos que realizaba en el acto de la deglución, se veía que radicaba en el cuerpo tiroides. Era en parte duro y tuberoso y en parte casi fluctuante. La piel que le cubría no presentaba la menor alteración. El laringoscopio hacía ver que estaba paralizado el recurrente derecho, dislocada la tráquea á la izquierda y comprimida á manera de vaina de sable desde el cuarto anillo para abajo.

Por el crecimiento rápido, la parálisis del recurrente y la consistencia del tumor, se diagnosticó un bocio maligno y, por ser el caso más frecuente, un sarcoma reblandecido.

El 1.° de octubre y previa la anestesia local de Schleich, procedí á extirpar el tumor lo más radicalmente posible, dada su malignidad y aun á riesgo de provocar la caquexia estrumipriva. Al parecer no había roto la cápsula, por lo cual se pudo disecar sin necesidad de instrumento cortante. Sólo en una extensión muy reducida estaba algo más adherido el cartílago tiroides en el lado derecho. En la superficie de sección era blanco y suculento y las partes fluctuantes correspondían á un foco necrosado. El examen microscópico demostró que se trataba de un adenocarcinoma.

A los pocos dias se había conseguido la curación de la herida por primera intención; pero cuatro días después de esto encontramos en el lado derecho y cerca del cartílago tiroides, un tumor duro y del tamaño de una manzana, y á los pocos días otro en el lado izquierdo, aunque algo más pequeño. Estos tumores crecieron en dos semanas hasta invadir todo el cuello, obligando par la asfixia inminente á practicar la traqueotomía. Se dividió el tumor con el termo, pero no fué posible dar con la tráquea y á las cuarenta horas murió asfixiado el enfermo.

Llaman la atención en este caso: la aparición de un cáncer en un sujeto de diez y nueve años, la rapidez de la recidiva y del crecimiento de los nuevos tumores, no obstante una operación radical y, por último, la imposibilidad de dar con la tráquea, imposibilidad que explicó la autopsia por el estado papiráceo de dicho conducto.

El tumor recidivado llegaba por encima á la raíz de la lengua; por debajo á tres dedos por detrás del esternón; lateralmente á las fosas supraclaviculas, y por detrás á la columna vertebral. Además, había metastasis pulmonares subpleurales de la misma naturaleza.

Hemiatrofia facial tratada con inyecciones subcutáneas de parafina.—El doctor Hermann Schlesinger: El enfermo de veintiséis años que aquí traigo ya lo he presentado á la Sociedad el año 1897. La afección se inició entonces engrosándose y cambiando de color el párpado inferior derecho. Al poco

tiempo desapareció el engrosamiento, se adelgazó la piel y se presentó una demacración rápidamente progresiva en toda la mitad derecha de la cara, de tal manera que ésta quedó como esquelética. El globo ocular quedó hundido, pero en la cavidad bucal y en la lengua no había la menor alteración. En dicho lado de la cara existía disminución de la secreción sudoral y ligera hiperestesia cutánea, pero fuera de esto ningún otro síntoma de irritación ni de déficit.

Después de haber empleado toda clase de tratamientos sin ningún resultado, el Dr. Gersuny practicó en seis sesiones inyecciones subcutáneas de parafina en la mitad atrofiada de la cara, con lo cual se ha obtenido, como se ve, un efecto estético (cosmético) sumamente notable, y sin que á pesar de los depósitos de parafina se hayan alterado ni la motilidad de la cara ni el acto de la masticación.

Un caso de enanismo.—El Dr. R. Kienbock: Aquí presento un sujeto de dieciocho años que sólo tiene de talla 113 centímetros, con todo el tipo de un niño bien proporcionado, y sin ningún signo de cretinismo, de mixedema ni de anemia. Es de Viena y de familia sana, y desde muy pronto se notó el retraso en su desarrollo físico y psíquico. La radiografía demostró que el esqueleto es el que corresponde á un niño de once años, y en cambio la estatura es la de uno de siete. Por lo que se sabe de otros casos análogos, éste debe ser también de semicretinismo, y por lo tanto, está indicado usar en él la substancia tiróidea con el objeto de ver si aumenta la talla y disminuye la obesidad.

Acción de la atropina sobre el intestino y aplicación de la misma al íleo.—El Dr. Pal: De las investigaciones que vengo haciendo en perros desde 1899, deduzco lo siguiente:

La atropina afecta por lo general al aparato nervioso del vago y del esplácnico (y en éste también á los vasomotores), y en ciertas circunstancias los paraliza por completo. En cambio, quedan libres las fibras musculares de la pared intestinal, y excitables los aparatos ganglionares que están encargados del movimiento pendular y en su caso del peristáltico. El tono de la pared intestinal es deprimido visiblemente, aunque á menudo sólo de un modo transitorio; pero al mismo tiempo el intestino es menos accesible á la acción de excitaciones inhibitorias reflejas, con lo cual, en los casos en que éstas existen, se crean condiciones más favorables para los movimientos del intestino. Pero para estimular estos se necesitan excitantes adecuados que existen precisamente en condiciones patológicas ó deben venirse á sumar si no bastan los ya existentes. La excitabilidad de las mencionadas células ganglionares de la pared del intestino que persiste aun después de grandes dosis de atropina, se puede demostrar también experimentalmente de diversas maneras, y sobre todo, con el uso de la morfina. Las dosis mínimas de ésta estimulan vivamente determinadas células ganglionares de la pared intestinal, aun después de haber dado grandes dosis de atropina. En la mayoría de los casos en que se da cuenta de los brillantes efectos de este medicamento, se hallaban también los enfermos bajo la acción del opio, de la morfina ó de la codeína.

Estas investigaciones explican la mayor parte de las contradicciones que se observan en este asunto y constituyen una base para el empleo de la mor-

fina en los casos de síntomas de íleo. Como la atropina obra sobre determinadas células ganglionares, sólo se debe emplear en los casos en que puede ser útil la exclusión de las mismas. Tales son aquellos en que el intestino está bajo la influencia de excitaciones reflejas, como sucede en el íleo dinámico llamado también paralítico, en que los fenómenos de íleo es frecuente que sólo tengan una significación sintomática y no constituyan lo esencial de la enfermedad. Entre las formas de íleo mecánico hay que excluir del grupo á que nos estamos refiriendo especialmente la estrechez intestinal genuína.

Pocos son los casos de este grupo en que tal acción es posible: tales son aquellos en que se trata de procesos análogos á los que se observan en las hernias exteriores encarceladas y en que está conservada la circulación en el asa de intestino estrangulada. El uso con fin deliberado de la atropina, sólo es posible en aquellos casos en que se conoce con toda claridad el mecanismo de los fenómenos de íleo. Ahora bien, es sabido con cuántas dificultades se tropieza para llegar á semejante resultado.

De todos modos, no hay que olvidar que además de los peligros de la atropina, como substancia tóxica, peligros que se pueden disminuir, existe el muy importante de que obscurece todo el cuadro morboso.

(*Wiener klinische Wochenschrift*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento del psoriasis.—El Dr. Valcke aconseja tres baños de vapor por semana de cincuenta minutos de duración. Después del baño lociones enérgicas sobre todo el cuerpo con agua fría y jabón blando y, por último, aplicación sobre las placas psoriásicas de la pomada siguiente, aplicación que se repite mañana y tarde:

Glicerolado de almidón	250	gramos.
Aceite de enebro	50	—
Jabón para emulsionar	aa. 5	
Acido salicílico		

El Dr. Valcke considera el psoriasis como consecuencia de una función viciosa de las glándulas sudoríparas. Explica la eficacia de su tratamiento del modo siguiente:

El baño de vapor estimula las funciones de las glándulas sudoríparas, congestiona la piel, favorece y activa así la absorción de los exudados cutáneos, á lo que contribuye la reacción producida por la loción fría. El glicerolado de almidón sustituye en la piel al barniz grasiento desprendido por el baño de vapor y la loción consecutiva é impide así que se reseque en demasía y se agriete. El aceite de enebro, al excitar de una manera continua la superficie de la piel, estimula y regulariza la función de las glándulas sudoríparas.—(*La Belgique Medicale*).—F. Toledo.

Tratamiento de la neumonía. — El Dr. Auchard aconseja el siguiente:

El primer día, algunas ventosas escarificadas al lado del dolor, sometiendo el enfermo á la dieta líquida (tisana de flor de tilo, infusión de borraja, leche mezclada á esta tisana). Se prescribirá la poción siguiente, que el enfermo tomará durante tres días:

Hojas de digital	4 centígramos.
Ergotina Bonjean	2 gramos.
Jarabe de las cinco raíces	50 —
Agua	100 —

Ha usado también el método de Talamon (inyección de 20 á 40 centímetros cúbicos de suero antidiftérico el primer día, repitiéndola los días siguientes si el enfermo no mejora). Los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Después de los tres días se prescribirá, según la fiebre y las fuerzas del enfermo, una poción de quinina, de licor de amoníaco anisado, de acetato amónico ó de extracto de quina:

Clorhidrato de quinina	80 centígramos.
Jarabe de grosellas	50 gramos.
Agua destilada	100 —

Para tomar á cucharadas.

Licor anisado de amoníaco	2 gramos 50 centíg.
Jarabe de azahar	50 —
Infusión de borraja	100 —

Para tomar á cucharadas.

Acetato amónico	10 gramos.
Tintura de corteza de naranjas	aa 8 —
— de canela	
Jarabe de quina	50 —
Agua destilada	100 —

A los diez ó doce días, si no hay fiebre y tarda en obtenerse la resolución, se aplicará un vejigatorio y se prescribirá la poción siguiente:

Polvos de Dower	50 centígramos
Alcoholaturo de raíz de acónito	XX gotas.
Ojimiel escilítico	30 gramos.
Jarabe de las cinco raíces	50 —
Infusión de borraja	100 —

Para tomar á cucharadas.

Las inyecciones de aceite alcanforado (2'50/10), 0'001 de sulfato de estricnina, con 0'05, de sulfato de esparteína ó (2'50/10) de cafeína, son útiles en los casos de desfallecimiento cardíaco. Contra la agitación febril, se emplearán las lociones con agua y vinagre.—(*Journal des praticiens*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

NOTAS CLÍNICAS

POR EL DOCTOR

D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

I. El yoduro potásico en la cefalalgia sifilítica. — II. La hemoptisis en el embarazo. — III. La creosota en las afecciones broncopulmonares.

I

Aunque el yoduro potásico presta excelentes servicios en la sífilis y particularmente en la terciaria, por más que en estos últimos tiempos hay quienes quieren volver hasta cierto punto á las ideas de Vidal de Cassis, que aun en estos casos administraba el mercurio *larga manu*, tiene en determinadas ocasiones inconvenientes que limitan su aplicación ú obligan á usar el medicamento con ciertas restricciones ó asociado á otros que neutralicen sus inconvenientes.

Sabido es que Finger insiste mucho en este particular, y sobre todo, acerca de la acción congestiva que el yoduro potásico ejerce en la circulación cerebral, acción que puede hasta contraindicar el empleo de la sal yodurada en casos de sífilis cerebral terciaria en que debiera usarse según los principios terapéuticos generales que rigen en estas circunstancias.

Creo conveniente evocar estos hechos con motivo de un caso que he tenido hace algún tiempo en mis salas del Hospital, y en el que se confirmaron, á mi juicio, las ideas de Finger.

Se trataba de un obrero de ferrocarriles, el cual tenía antecedentes sifilíticos confesados por el mismo interesado y comprobados por el interrogatorio y por el examen clínico. La causa de su ingreso en el hospital, no era otra que el padecer una fuerte cefalalgia acompañada de vértigos, la cual, tanto por su intensidad como por su persistencia, le impedía trabajar en su oficio.

Por la fecha transcurrida desde la lesión inicial de la sífilis y por

toda la historia del caso, resultaba de un modo evidente que se trataba de un accidente terciario, y que, por lo tanto, y sin perjuicio de usar otros medicamentos incluso el mercurio si fuese preciso y de satisfacer otras indicaciones que pudieran presentarse, la base del tratamiento tenía que ser el yoduro potásico.

Mas es el caso, que tan pronto como al enfermo se le hizo mérito de este medicamento, manifestó que ya se lo habían administrado lo mismo que otras muchas drogas de las que se emplean contra la cefalalgia en general, sin haber obtenido el menor resultado y que esa era precisamente la causa de su ingreso en el hospital. Y el caso era apremiante, porque como obrero de ferrocarriles, le habían concedido para atender á su salud una licencia no muy larga, de dos meses si mal no recuerdo, pasada la cual quedaba sin puesto ó por lo menos se le creaba una situación muy difícil.

Se me ocurrió entonces por primera providencia no renunciar al yoduro, á pesar de lo que refería el enfermo de la ineficacia de este medicamento, sino usarlo asociado á la ergotina con el fin de que este medicamento, reconocido como vasoconstrictor, neutralizara la acción congestionante de la sal potásica: hice, en una palabra, aplicación terapéutica de las ideas de Finger. Y no usé el yoduro sódico, porque aunque menos congestionante que el potásico, tampoco goza de la fama de éste como antisifilítico.

El resultado excedió con mucho á las esperanzas no muy grandes, lo declaro, con que hice mi ensayo terapéutico, teniendo la satisfacción de ver á las pocas semanas curado á mi enfermo de su cefalalgia y en disposición de prestar su servicio en el ferrocarril.

Debo manifestar también que por lo mismo que ha quedado satisfecho del tratamiento del hospital, he tenido varias veces noticias de este sujeto y sé que su curación ha sido completa y definitiva; siendo de advertir que van transcurridos más de tres años desde que estuvo en mi enfermería.

Sin que quiera dar á un solo hecho más importancia de la que tiene, no creo ociosa su publicación, no tanto porque venga á confirmar ideas teóricas más ó menos exactas, como por lo que pudiera servir para cuando se presente un caso análogo.

II

Una señora de unos treinta años, multípara, de poco desarrollo físico y particularmente torácico, mejillas algo sonrosadas y un conjunto de rasgos, en una palabra, que, unidos á antecedentes sos-

pechosos, hacen temer sea materia muy disponible para la invasión del bacilo de Koch, sufre un ataque de hemoptisis ligera hallándose en el quinto mes de su sexto embarazo.

Con los antecedentes referidos ya se comprende que la primera impresión que me hizo el caso no había de tener nada de tranquilizadora, pues si bien es cierto que durante la gestación se observa á veces cierto estado pletórico y como consecuencia de él evacuaciones sanguíneas por la mucosa nasal ó rectal, siempre alarma y con motivo que la expulsión de sangre se realice por el árbol respiratorio, máxime cuando se trata de una enferma de condiciones orgácas sospechosas.

Algo me tranquilizaba, aunque no mucho, el hecho de que la hemoptisis se hubiese presentado en la estación primaveral, y digo que no me daba más que una tranquilidad relativa este detalle, porque si bien es verdad que en la mencionada estación es cuando son más frecuentes las hemoptisis no tuberculosas, no hay que olvidar que es también cuando se presentan más á menudo en los sujetos que albergan en sus pulmones el bacilo de Koch.

Todas estas circunstancias, unas favorables y contrarias las otras á la existencia de una lesión tuberculosa, me hacian vacilar de primera intención en el juicio diagnóstico, y claro está que también en el pronóstico del caso, cuando aún no había procedido al examen de la enferma.

Al practicar este examen encontré tan sólo algún estertor ligero en el vértice izquierdo, pero nada de macicez, ni siquiera de submacicez. La enferma no sentía disnea, ni había tampoco la menor elevación térmica, la tos era insignificante fuera de los momentos de la expulsión de sangre, y el apetito se conservaba inalterable Mi deseo hubiera sido hacer reconocer los esputos, muy escasos por cierto, pero tropecé por de pronto con resistencias que no creí necesario forzar, mientras las circunstancias no me obligaran á ello.

Así, que comencé planteando el mismo tratamiento que si se hubiera tratado de una hemoptisis de origen tuberculoso, y además hice saber á la familia que el caso tenía alguna importancia, aplazando el despertar mayores alarmas hasta ver la marcha que seguían las cosas, y en último término hasta conocer el resultado del análisis de los esputos que hubiese exigido en el caso de no mejorar la situación de la paciente.

Empecé prescribiendo el tártaro estibiado, según lo aconseja Fonsagrives, pero sin llegar á la provocación del vómito.

Prescribí además la revulsión con tintura de yodo á los dos vértices, y como es natural, el reposo y demás medidas higiénicas que se aconsejan en estas circunstancias.

Pasados tres días, y viendo que la hemoptisis, aunque más moderada no cedía por completo, cambié de procedimiento y dispuse una píldora de Franck, todas las noches como evacuante y á la vez congestionante de los vasos pelvianos para ejercer una acción derivativa sobre los del aparato respiratorio; prescribí la ergotina asociada á la digital, y por último, viendo que aun así se caminaba muy lentamente á la desaparición completa de la hemoptisis, dispuse la aplicación de cuatro sanguijuelas á las márgenes del ano, medio que en otros casos análogos me había dado excelentes resultados, teniendo al fin la satisfacción de ver que á los tres días de planteado este tratamiento cesara por completo el ataque hemoptóico y desapareciera también casi simultáneamente la tos, que estaba provocada sin duda alguna por la congestión pulmonar. El accidente no se repitió después; los estertores ligeros del vértice izquierdo desaparecieron por completo al muy poco tiempo, y el embarazo siguió su curso sin ninguna nueva alteración.

La enferma se marchó de veraneo, tomó las aguas de Caldas de Reyes por consejo mío, con objeto de modificar favorablemente el estado de sus pulmones si es que en ellos había quedado algo inquietante para el porvenir; volvió á fines de verano, dió á luz á su tiempo, á fines de octubre, y no ha tenido hasta la fecha la menor novedad por parte de su aparato respiratorio.

Al relatar este hecho, me han movido á ello varias consideraciones. Es la primera la de insistir una vez más en la cautela con que en casos semejantes se debe proceder en el juicio diagnóstico, y sobre todo en el pronóstico. En mi enferma, su hábito orgánico, sus antecedentes y la presentación de un ataque hemoptóico, sin más causa ocasional apreciable que el estado de gestación hacían temer que se tratara de una tisis incipiente que en tales circunstancias, y sobre todo después del parto, sería muy fácil que adoptara una marcha rápida.

Mas por otra parte, la poca importancia de los síntomas locales, la falta de fiebre y el buen estado de la nutrición y del apetito, me inducían á esperar el resultado del tratamiento antes de alarmar en exceso, é innecesariamente quizá, á la familia.

El éxito justificó por fortuna la conducta seguida, y ahora me permitiré decir también dos palabras acerca del tratamiento empleado.

En la hemoptisis de origen tuberculoso, y en la que se sospecha que pueda reconocer esta causa, uno de los medios que da, aunque no siempre, buen resultado, es la medicación emética, mejor dicho, nauseosa. Yo empleo generalmente el tártaro emético, y en algún caso la ipecacuana, solos ó asociados á una preparación opiada si la tos hostiga mucho al enfermo, y en algunos casos basta con este tratamiento para dominar el ataque hemoptoico.

Pero hay otros en que no sucede así, y entonces apelo á la ergotina sola ó asociada á la digital, y si hay fiebre á la quinina. En el caso presente no quise de primera intención apelar á la ergotina, teniendo en cuenta que la enferma se hallaba en cinta, pero al ver la inutilidad de la sal emética no vacilé un momento en apelar á dicha droga, pues es bien sabido que el útero no responde al principio activo del cornezuelo de centeno, cuando el embarazo no está muy adelantado en su evolución y con tal que se proceda con la prudencia necesaria en la administración del medicamento. Los hechos confirmaron mis esperanzas, y la ergotina asociada á la digital, útil también en estos casos, según enseña la experiencia, influyó evidentemente en la cesación de la hemoptisis sin provocar en la matriz la menor contracción.

Tampoco causó el menor perjuicio el áloes, uno de los principales componentes de las píldoras de Franck, no obstante su acción congestionante de los vasos pelvianos, y en cambio no dudo que contribuyó á la derivación buscada, que se acabó de completar con la evacuación sanguínea provocada en las márgenes del ano.

Terminaré haciendo constar, que pocos días antes de terminar esta nota (mediados de noviembre) he vuelto á reconocer á la señora á que se refiere, sin haber encontrado en su aparato respiratorio la menor señal de la congestión sufrida hace cinco meses.

III

Es indudable que la creosota continúa siendo uno de los primeros medicamentos en la tisis pulmonar, y si se quiere alguna prueba en apoyo de esta afirmación, nos basta con ver el empeño que hay en buscar preparaciones de dicho producto que conserven sus ventajas sin tener sus inconvenientes.

Otra prueba de que la creosota es un medicamento útil la tenemos en la ampliación de sus indicaciones, que se ha ido realizando poco á poco. De las afecciones tuberculosas del pulmón se extendieron, en

efecto, á las puramente catarrales, y de estas últimas á las neumónicas agudas.

Por mi parte, habiendo usado la creosota ó sus derivados en los tres grupos referidos de afecciones respiratorias, y con éxito indudable, me considero obligado á insistir en algunas particularidades referentes á su modo de aplicación que he tenido ocasión de apreciar en la práctica.

Así, en las bronconeumonías y bronquitis intensas de los niños vengo usando desde hace algún tiempo la creosota asociada al vasógeno en la proporción de 3 por 30 con muy buen resultado, y aplicando esta untura á las caras anterior y posterior del pecho. Como la piel del niño absorbe muy bien, y el vasógeno es un excipiente que facilita mucho dicha absorción, de aquí que á la segunda ó tercera aplicación del medicamento se noten los efectos favorables de éste, que también se hacen ostensibles cuando se administra al interior en casos análogos, observándose que disminuyen la tos, la expectoración (cuando el niño es mayorcito) y la fiebre, y que el padecimiento sigue una marcha benigna y termina generalmente con toda felicidad.

Recuerdo, entre otros casos, el de una niña de seis años que estaba accidentalmente en esta Corte y que padecía de bronquitis muy frecuentes é intensas. La diferencia entre el resultado obtenido con el empleo de la creosota y el tratamiento que se había usado en bronquitis anteriores, fué muy notable, según el testimonio de la madre de la enfermita.

Aun en los ancianos, da resultado á veces la creosota en aplicación cutánea; pero como la piel de estos enfermos absorbe mal, prefiero generalmente otros modos de administrar el medicamento.

Así, que en la neumonía del adulto y del viejo lo doy bajo la forma de carbonato de creosata, en píldoras ó en poción y á la dosis mínima de 2 á 3 gramos en las veinticuatro horas. Sus efectos son también evidentes en estos casos; pero tanto en ellos como en los anteriores, no renuncio por ello al empleo de los demás medios, cuya prescripción sea exigida por determinadas indicaciones.

En los tuberculosos y también en los casos de catarro bronquial crónico, sobre todo en los que van acompañados de expectoración abundante ó de mala calidad, uso muchas veces la creosota en supositorios, asociando medio gramo del medicamento á 2 ó 3 de manteca de cacao.

La absorción del medicamento es tan completa, que en la actuali-

dad estoy tratando á una señora afectada de catarro bronquial crónico, la cual no puede usar la creosota en forma de supositorios tres días seguidos sin que le moleste el sabor del medicamento, presentándose, además, cierta repugnancia á los alimentos y malestar de estómago, que la obligan á suspender la medicación. Mas como por otra parte ésta le alivia la tos, he resuelto que se aplique los supositorios un día sí y otro no, ó bien dos días seguidos con otro ú otros dos de descanso, con lo cual se obtiene el efecto útil de la creosota sin tropezar con el perjudicial.

No es frecuente tal grado de intolerancia, pues hay enfermos que hasta pueden colocarse un supositorio por la noche y otro por la mañana sin que se presente ningún efecto accesorio desagradable. Respecto á la irritación rectal que acaso pudiera temerse, tarda por lo general de cinco á seis días en presentarse; mas como no conviene que esto suceda, se debe suspender antes el uso de los supositorios, sustituyéndolo temporalmente, si se juzga necesario continuar usando la creosota, con la aplicación de ésta asociada al vasógeno, ó con la administración al interior del medicamento, ó bien se prescribe el carbonato de creosota, que es mejor tolerado por el tubo digestivo.

RESULTADOS TARDIOS DE LA DEPILACIÓN CILIAR POR LA ELECTROLISIS

POR

DON PABLO ALVARADO

Doctor en Medicina y Cirugía (Coruña).

Embarazosa por demás es la situación del médico ante un caso de triquiasis parcial. El tratamiento paliativo consistente en depilar por medio de pinzas, además de insuficiente porque á veces cuando una pestaña llega á tener bastante longitud para cogerla con las pinzas, ya ha hecho destrozos en el ojo, era desairado por la impotencia confesada al repetir eternamente la defensa sin amenguar lo más mínimo la fuerza del enemigo. Por otra parte, si la operación de Panas puede considerarse el desideratum para corregir el entropión total, sobre todo en el párpado superior, es inaplicable al triquiasis parcial, teniendo que acudir á la excisión y trasplantación del suelo ciliar, sutura de Gaillard, etc., intervenciones todas ellas

muy expuestas á fracasos, por lo difícil que es obrar con medida en la desviación, sin dejar subsistir en parte al triquiasis ni levantar demasiado las pestañas, dejando pliegues que afean y dejan el ojo sin protección.

Por esto fué bien recibida la destrucción de los bulbos pilosos por la electrolisis, aun cuando de primera intención eran de presumir los peligros de esa intervención en sitio donde las cicatrices tienen tantos inconvenientes. Además de esto, la electrolisis, tal como se suele practicar, solo interesa los tejidos superficiales, no llegando al fondo del bulbo sino excepcionalmente.

Poco afortunados en nuestros primeros ensayos, vimos con frecuencia reproducirse las pestañas, los pacientes se resistían á someterse á la molestia de nuevas sesiones y esto nos hizo modificar la técnica. La que hoy empleamos es la siguiente : Nos servimos de una pila seca Chardein de 12 elementos, con un galvanómetro aperiódico, con la que hacemos electrolisis negativa por medio de una aguja muy fina aislada hasta un milímetro de la punta por un mastic. Empezamos por secar cuidadosamente la parte de borde ciliar en que hemos de obrar (previa anestesia con cocaína auxiliada por la adrenalina), condición importantísima para el buen resultado de la operación, pues de otro modo, las lágrimas derivan la corriente hacia la piel no anestesiable y el sujeto, molestado por el escozor vivo, comienza á impacientarse obligándonos á dar por terminada la sesión antes de haber conseguido la destrucción del bulbo.

Otra precaución útil para evitar reflejos, es la de comenzar en cada pestaña por una corriente débil para ir elevándola hasta donde sea necesario. Cuando empezamos á emplear este procedimiento no pasábamos de dos ó tres miliamperes, por miedo á la acción sobre el encefálo, pero después subimos hasta cuatro y aun cinco, poniendo el electrodo positivo en la mejilla muy cerca del párpado. Para obrar con seguridad, es necesario disponer de un buen galvanómetro.

En estas condiciones, no pasando de destruir cuatro ó seis bulbos cada día, la reacción es insignificante. Para apreciar el resultado hay que observar la producción de burbujas blancas ; cuando éstas se presentan en un espacio muy limitado alrededor de la pestaña á pesar de marcar el galvanómetro más de tres miliamperes, es seguro que la operación queda bien hecha; pero si se extienden á las pestañas inmediatas, el efecto sobre el bulbo es casi nulo.

Ajustándonos á estas reglas, hemos hecho un gran número de apli-

caciones, obteniendo casi siempre la destrucción total del bulbo y en algunos casos, cuando por las razones dichas la corriente no obraba con bastante eficacia, las pestañas se reproducían delgadas y descoloridas, muy fáciles de destruir totalmente por una segunda aplicación.

Nunca hemos visto complicaciones que hagan temible este método, ni al principio cuando obrábamos por tanteo. Es un excelente medio de combatir el triquiasis parcial de que debemos echar mano siempre que no sea bastante extensa la inversión para que esté justificada la operación de Panas. Sin embargo, no conviene olvidar que en un ojo mal protegido por una mucosa enferma, como sucede en los granulosos, podríamos arrepentirnos de quitarle en permanencia defensa tan importante como las pestañas, sobre todo en el tercio medio del párpado superior.

Si radicando en ese sitio, el triquiasis es extenso (15 ó 20 pestañas), convendrá abstenerse de la destrucción de todos los bulbos, contentándose con algunos y depilar con pinzas las demás pestañas desviadas, procurando enderezar éstas por medio de alguna sutura de Gaillard.

En el resto del párpado y sobre todo en el inferior, menos necesario para la vida de la córnea, pueden destruirse en gran cantidad sin que el globo sufra por ello perjuicio alguno.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del estómago, por D. Adolfo López Durán. Madrid, 1902.

II. Proyecto de ley de policía sanitaria de los animales domésticos, por D. Benito Remartínez y Díaz, Madrid, 1902.

I

Es trabajo juzgado por la Academia Medicoquirúrgica española, que en público concurso le concedió el premio en 1901, y como el fallo de esta Corporación es justísimo, nos exime de descender en su análisis al terreno crítico, pero desde luego su lectura nos impresiona de modo tan favorable, que forzosamente nuestra apreciación se

inclinará del lado del aplauso á su autor y á la Academia que le juzgó con tanto acierto.

Estudia los fundamentos de su tema en los procesos inflamatorios; en los ulcerosos simples; en las úlceras complicadas; en las rinitis plásticas; en los procesos neoplásicos, sobre todo al tratar del cáncer del estómago, en donde revela erudición y juicio clínico dignos de ser leídos; en los tumores benignos ó no infectantes; en la insuficiencia mecánica del estómago; en la dilatación gástrica y, por último, en los vicios de forma y posición del estómago de todo cuanto expone con gran acierto, haciendo un trabajo de indiscutible interés clínico. Deduce como única conclusión la siguiente: «La clínica no da más que una indicación fundamental para que se intervenga quirúrgicamente en las afecciones gástricas, y es cuando el enfermo presente las manifestaciones propias de toda su insuficiencia mecánica permanente del estómago con desnutrición progresiva».

II

En una brillante exposición de motivos, en la cual se pone de manifiesto la importancia del asunto, tanto más cuanto que en España esta cuestión se halla algo descuidada, y por los datos históricos de su legislación, se deducen deficiencias en materia de policía sanitaria de los animales, trata el Dr. Remartínez de justificar lo necesario y urgente de una reforma legislativa para garantía de la salud pública.

Al efecto, este proyecto de ley le desenvuelve en varios títulos: en el primero se ocupa de las especies animales y enfermedades que padecen, y sucesivamente de las disposiciones generales para todas las enfermedades infectocontagiosas; de las especiales para su aplicación á las afecciones comprendidas en la presente ley; de la importación y exportación; personal sanitario; de las indemnizaciones y de la sanción penal.

Son tan atinadas las bases de reforma legislativa propuestas en este proyecto por el Dr. Remartínez, que merece su trabajo ser protegido por la suerte que debe estar reservada á todo lo bueno y útil, y su labor ha sido llevada á efecto con tanto acierto, en nuestro juicio, que ha respondido, como era de esperar, á la delicada misión que le fué encomendada, por lo cual las reformas sanitarias en este sentido han tenido un elocuente defensor en el autor de este proyecto de ley, que es de desear tenga el efecto ansiado.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural del Curso de 1902 *á* 1903.

(Continuación)

El pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—El Presidente Dr. VALLE Y ALDABALDE:

Dadas las íntimas conexiones anatómica y fisiológica que existen en el aparato respiratorio y en el sistema vascular, se comprende muy bien que el estado de éste habrá de tener mucha importancia para el pronóstico de la tuberculosis. Ya Louis y Bizete, y después de estos autores Rokitansky, insistieron en la pequeñez del corazón de los tuberculosos, pequeñez que, según Bernheim, precede al desarrollo de la lesión pulmonar, favorece su aparición y se observa lo mismo en los sujetos de antecedentes hereditarios que en los que no se hallan en este caso. No han faltado autores, como Hirsch, que niegan la exactitud de este dato y hasta sostienen, fundándose en los resultados de las autopsias, que el corazón de los tuberculosos es más frecuente encontrarlo dilatado é hipertrofiado que reducido de tamaño. La radiografía, permitiendo el examen directo del corazón en todos los períodos de la evolución de la tuberculosis pulmonar, ha venido á explicarnos estas aparentes contradicciones demostrando, como lo ha hecho notar desde el principio de sus investigaciones nuestro compañero el Dr. Espina, que el corazón de los tuberculosos es más pequeño que el de los sujetos sanos en la inmensa mayoría de los casos.

Lo que sucede además, y en esto radica la importancia diagnóstica de este dato, es que en algunos tísicos, á medida que se va destruyendo el parénquima pulmonar, se dilata é hipertrofia el corazón derecho, con lo cual se compensa en parte la insuficiencia funcional del aparato respiratorio, y el enfermo puede resistir por más tiempo. En cambio, si á pesar de los progresos de la lesión tuberculosa el corazón continúa pequeño, la oxigenación de la sangre se resentirá más pronto y en grado mayor, y hasta sobrevienen fenómenos de estancación venosa con todas sus perniciosas consecuencias.

Mas antes de llegar á este punto, y sin necesidad de recurrir á la radiografía, hay un síntoma que revela la insuficiencia cardíaca en los tuberculosos: es la hipotensión arterial, consecuencia necesaria de la desproporción entre la fuerza del centro circulatorio y el trabajo que tiene que realizar. Este es un signo bastante precoz de la tuberculosis, que si persiste revela que la enfermedad no se detiene en su marcha, y en cambio si es reemplazado por una tensión normal ó quizá por un aumento de la misma, es indicio de mejoría y de curabilidad.

En estos últimos decenios se ha concedido gran importancia á la taqui-

cardia, y en particular á la que no va acompañada de fiebre como signo diagnóstico y pronóstico en la tisis.

Arthaud, uno de los autores que más han insistido acerca de este particular, afirma que, cuando en un tísico existe taquicardia sin trastornos nerviosos ni fiebre, se puede calcular la destrucción que ha experimentado el parénquima pulmonar por el número de pulsaciones, de tal suerte que, á 70 de éstas, correspondería un tercio de pulmón destruído; á 100, $^1/_2$; á 110, $^3/_4$, y á 120 un pulmón entero. El número de 120 pulsaciones establecería el límite que separa los enfermos que pueden salvarse de aquéllos en que el pronóstico es grave.

La simple exposición que acabo de hacer, pone de manifiesto lo excesivamente sistemático de las afirmaciones de Arthaud. En la frecuencia del pulso influyen tantos factores, aun dentro del estado fisiológico, que no se puede admitir una relación tan exacta y tan matemática entre la taquicardia y la extensión de la lesión pulmonar.

Esto no obstante, enseña realmente la experiencia que en los tuberculosos confirmados y apiréticos, la taquicardia, indica cuando menos una marcha rápida de la afección, de tal suerte que, cuando la frecuencia del pulso se mantiene á 120 por muchos días seguidos, debe considerarse gravísima la situación del enfermo. Por el contrario, toda mejoría verdadera en el curso de la tuberculosis se inicia por enrarecimiento del pulso, el cual presenta la frecuencia fisiológica en las tuberculosis curadas ó curables.

¿Existen lesiones del sistema cardiovascular capaces de detener ó retardar el desarrollo de la tuberculosis? Sin duda alguna. Este hecho, que Rokitansky fué el primero en demostrar, ha recibido después plena confirmación.

Las lesiones valvulares que provocan estancación en la circulación menor, se oponen al desarrollo de la tisis y también detienen su evolución, si sobrevienen después de la fijación del bacilo de Koch en el parénquima pulmonar. De todos los trabajos que se han publicado modernamente en apoyo de esta tesis, uno de los más importantes es, sin duda alguna, el de la señorita Juana Otto, la que refiere haber examinado 111 casos de lesiones valvulares simples y combinadas, 48 de las cuales se refieren á hombres y 63 á mujeres. En los primeros no hubo un solo caso en que, después de desarrollarse la lesión valvular, se hubiese presentado la tuberculosis. En uno de ellos se pudo demostrar, en cambio, con bastante seguridad, que la lesión valvular había sobrevenido después de la afección tuberculosa. De los otros 63 casos, sólo en 4 parece que se desarrolló una tuberculosis pulmonar, existiendo anteriormente lesión de las válvulas. Refiere, además, la autora que son bastante frecuentes los casos, y esto es lo que más nos importa para nuestro objeto, en que, existiendo ya una lesión vavlular, se encuentran en los pulmones zonas de color apizarrado, calcificadas ó cicatrizadas, como resíduos de lesiones tuberculosas que no han seguido su evolución progresiva.

Se han explicado estos hechos por la dificultad con que se desarrolla el bacilo tuberculoso en los tejidos congestionados, dificultad que es el fundamento, como es sabido, del método de Bier para tratar las tuberculosis quirúrgicas.

Se ha dicho también que la congestión de los lóbulos inferiores del pulmón que se presenta en esta clase de lesiones, obligando á respirar á los vértices de un modo más amplio, se opondría de este modo á la fijación y desarrollo del bacilo de Koch en dichas porciones del pulmón.

Sin embargo, Burwinkel, partiendo del dato de que las lesiones aórticas que no producen congestión pulmonar también se oponen al desarrollo de la tuberculosis, supone que la causa de este antagonismo es la arterioesclerosis concomitante. Handford, abundando en estas mismas ideas, atribuye la utilidad de esta arterioesclerosis á la mayor presion arterial que se observa en estas circunstancias, lo cual vendría á explicar también el hecho que hace constar Potain de que la estrechez mitral de origen congénito, lejos de oponerse al desarrollo de la tisis, parece favorecerlo.

Digamos de paso que no es tan extraño que no coincidan á menudo la tuberculosis y la arterioesclerosis en un mismo sujeto, si se recuerda las edades respectivas en que son más frecuentes ambas afecciones.

De todas suertes, no conviene olvidar jamás que si las lesiones valvulares que ocasionan éxtasis venoso en el pulmón se oponen al desarrollo, ó en su caso detienen la evolución de la tisis, no por ello deja de ser bastante desfavorable el pronóstico del caso respectivo: el de la lesión pulmonar será, en efecto, mejor que en un sujeto cuyo corazón se halle en estado normal; pero el del individuo que tiene dos lesiones tan graves es peor, desde luego, que el de aquél que no tiene más que una sola.

Pero con mayor razón acontecerá esto en los casos de estrechez de la arteria pulmonar ó de su orificio respectivo, en que la lesión cardiovascular, al disminuir el aflujo de sangre al pulmón, favorece el desarrollo de la tuberculosis, según lo enseña la clínica, é imprime una marcha más rápida al proceso tisiógeno. En este caso, á la lesión cardíaca que determina la anoxemia, y con ella la mala nutrición de todos los órganos y su consiguiente perturbación funcional, viene á sumar sus perniciosos efectos una tuberculosis pulmonar, desarrollada casi siempre en edad temprana, y cuya marcha es acelerada por las mismas condiciones que han provocado y favorecido su aparición.

Aunque ya he manifestado en ocasión oportuna que el estado de la lesión local del pulmón, sin dejar de tener importancia, no se puede tomar como dato primordial para el pronóstico, esto, no obstante, hay una exteriorización de la lesión tuberculosa y de las demás alteraciones que la acompañan, que merece ser tenida en cuenta para el juicio que se haya de establecer acerca de la marcha probable del padecimiento: me refiero al esputo.

En todo tiempo se ha concedido cierto valor al esputo de los tuberculosos; pero desde que se sometió al examen microscópico se sospechó, y con razón, que este examen habría de proporcionarnos datos muy útiles.

Antes del descubrimiento del bacilo de Koch ya se sabía que la existencia de fibras elásticas en el esputo del tísico era prueba cierta de que el proceso atacaba á la integridad anatómica del parénquima pulmonar y, por lo tanto, de que la lesión seguía una marcha destructora; la presencia de dichas fibras revela, por consiguiente, que el caso es grave.

Mas tan pronto como Koch dió á conocer su descubrimiento (y no entraré ahora en la cuestión de hasta qué punto Baumgarten tiene derecho de

prioridad en este asunto), se comprendió que teníamos un dato más, y de suma importancia, para el diagnóstico de la tisis, y se sospechó asimismo que pudiera haber relación entre la abundancia de bacilos en los esputos y la gravedad del caso respectivo. Estas sospechas tuvieron confirmación, pero no tan completa como era de esperar. En efecto; en los primeros períodos de la enfermedad, y aunque se trate de un caso de evolución rápida, es raro que ya existen bacilos á causa de que no se han iniciado aún los procesos destructores que ponen á las lesiones tuberculosas en franca comunicación con el árbol bronquial.

Bueno es hacer constar, sin embargo, que aun en períodos bastante precoces de la tuberculosis, y en particular después de un ataque hemoptóico, se encuentran á veces en los dos ó tres únicos esputos que expelen estos enfermos, casi siempre por cierto en las primeras horas de la mañana, bacilos de Koch, que confirman un diagnóstico quizá vacilante, y por lo mismo obligan á establecer un pronóstico por lo menos reservado.

Aun durante las mismas hemoptisis se puede descubrir en el esputo sanguíneo la presencia del bacilo en algunos casos en que no había sido posible reconocer su existencia antes, y en que tampoco se pudo descubrir después del ataque hemoptóico.

Se ha observado, además, que, si no siempre, en la inmensa mayoría de los casos existe un paralelismo bastante exacto entre la proporción de bacilos que se encuentran en los esputos y la gravedad del caso respectivo.

En tal estado se hallaba el asunto cuando la noción de las infecciones mixtas vino á complicarlo, tanto en lo referente á su aspecto científico como en lo que concierne á su transcendencia clínica.

Es indudable que en los esputos de los tuberculosos se encuentran, además del bacilo específico, estreptococos, estafilococos, tetrágenos, proteus y otros microbios, á los que es muy natural atribuir alguna participación. ¿Pero cuál es ésta? Preciso es confesar que en la actualidad es muy difícil dar una contestación categórica á semejante pregunta.

En concepto de algunos autores, como Ortner, si bien las lesiones tuberculosas son debidas, sin duda alguna, al bacilo de Koch, las inflamatorias y la misma fiebre son producidas por la intervención de microbios piógenos y de neumococos. Kraütle dice que de 18 tísicos, cuyos esputos examinó con el objeto de resolver este punto, en todos encontró estreptococos, y que en 11 casos estos microbios eran patógenos para el ratón blanco, añadiendo que en todos los enfermos se observó relación entre la virulencia de los estreptococos y la altura de la fiebre. También Koch y sus discípulos atribuyen la fiebre héctica á los estreptococos ó á sus productos solubles.

No es tan radical en sus afirmaciones Carlos Spengler, puesto que, de sus estudios clínicos y bacteriológicos, deduce que si bien en la mayoría de los tísicos se encuentran estreptococos en los esputos, hasta en casos en que, sin duda por la poca virulencia de los gérmenes, no existe fiebre, hay también casos puros de infección tuberculosa de marcha crónica, aunque en muy corto número, y hasta concede que en algunos de ellos puede haber fiebre si la infección es grave; concesión que casi me parece ociosa, recordando la fiebre alta que se presenta en muchos casos de granulia, tipo acabado de infección tuberculosa pura.

También dan mucha importancia á las infecciones mixtas Arloing y Nicolás, puesto que de los experimentos hechos en conejos, y de que dieron cuenta en el IV Congreso francés de la tuberculosis, resulta, en efecto, que esta enfermedad se disemina más fácilmente en un organismo ya afectado por el estreptococo que en un organismo sano.

Cuando ya parecía demostrado con todos estos hechos el papel predominante de las infecciones mixtas en la tisis pulmonar, nuevas y muy escrupulosas investigaciones de laboratorio y de clínica vinieron, al parecer, á demostrar que el papel del bacilo de Koch, tanto en la forma crónica de la tuberculosis pulmonar, como en las formas agudas, es mucho más importante de lo que se había supuesto. Así, en lo que se refiere á la tisis aguda, y en especial á la variedad neumónica de la misma, deduce A. Fræankel, de sus concienzudas investigaciones, que tanto la fiebre como la clasificación, y la misma exudación inflamatoria del comienzo de la enfermedad, son debidas en muchos casos exclusivamente al bacilo de Koch, afirmando no haber encontrado muchas veces estreptococos en el pus ni en las paredes de las cavernas y haber hallado en otras ocasiones dichos microbios, pero con un grado de virulencia muy atenuado.

Del mismo modo G. Schrœder y Fr. Mennes, empleando un procedimiento de análisis bacteriológico de los esputos, sumamente escrupuloso, han encontrado siempre otros microbios, además del tuberculoso, y principalmente estreptococos y estafilococos; mas como quiera que inoculando estos microbios ó conejos ó inyectándoles las toxinas respectivas han visto que, aun tratándose de microorganismos procedentes de tísicos con fiebre héctica tienen muy poca ó ninguna actividad, deducen de este hecho que no influyen en el cuadro de la tisis crónica, y, por lo tanto, que el bacilo de Koch se basta y se sobra para producir proliferaciones inflamatorias generadoras del tejido conjuntivo; procesos también inflamatorios, pero de carácter exudativo y necrosis, tanto de los tejidos antiguos como de los de nueva formación.

Confieso que me parecen algo aventuradas las conclusiones de Schrœder y Mennes. Aunque, por una parte, el bacilo de Koch pueda producir las lesiones propias del proceso tuberculoso y ocasionar también fiebre y los demás síntomas de carácter general que se observan en los tísicos, y por otra los microbios que acompañan siempre, según propia confesión, al específico, se hayan encontrado poco ó nada virulentos en los experimentos de laboratorio, no es forzoso que suceda lo mismo en el hombre. Esto sin contar con que los mismos autores reconocen, en su mencionado trabajo, que la existencia de los pulmones de los tuberculosos de estreptococos, estafilococos y otras bacterias que en un momento dado pueden adquirir una virulencia mayor, es un peligro constante que expone á los tísicos á graves contingencias, y esto es cabalmente lo que más nos importa, desde el punto de vista clínico y sobre todo pronóstico.

Y que la infección mixta tiene importancia pronóstica, lo demuestra, en efecto, la estadística de R. v. Weismayer, de la cual resulta que de 35 casos de tisis pulmonar en que sólo intervenía el bacilo de Koch, en ninguno se pudo demostrar, por medio de la exploración clínica, la existencia de cavernas. En cambio se hallaron en 10 casos de 20 en que había estreptoco-

cos, además del microbio específico; en 5 de 13 en que figuraba como asociado el estafilococo, y en 6 de 10 en que acompañaban al bacilo de Koch los dos microbios mencionados. Deduce de estos hechos el autor, que la infección secundaria es la principal responsable de la formación de cavernas, y hace constar, además, que de los casos por él observados ha sido más rápida la marcha y más frecuente la fiebre en las formas mixtas que en las tuberculosas puras.

En resumen, creo, en vista de todo lo expuesto, que para el pronóstico de la tisis pulmonar tienen importancia real las infecciones mixtas y, por lo tanto, el examen de los esputos en cuanto nos da á conocer la existencia de las mismas.

¿Sucederá lo mismo en lo relativo á la distinta virulencia del bacilo de Koch según los casos? Así parece, á juzgar por los experimentos de que dió cuenta J. Courmont en el primer Congreso francés de Medicina Interna, y de los cuales resulta que los conejos resistieron á la inoculación de esputos de una tuberculosis pulmonar de cinco años de antigüedad, y de otro laringopulmonar de siete años, y en cambio se hicieron tuberculosos con esputos procedentes de un caso de tisis pulmonar de marcha rápida.

He aquí un medio bastante asequible, y que de confirmarse su utilidad podría prestar también grandes servicios para conocer la mayor ó menor malignidad de los distintos casos de tisis.

La abundancia de células eosinófilas en los esputos del tuberculoso se ha considerado como signo de pronóstico funesto; pero aunque es verdad que se observa más á menudo en los casos muy graves, esta regla se ha visto después que tiene muchas excepciones, y, por lo tanto, no creo necesario detenerme más sobre este particular.

Por último, en concepto de nuestro distinguido compañero el Dr. Verdes Montenegro, la presencia en los esputos de un tuberculoso de las células pigmentadas, que los alemanes llaman células de lesión cardíaca, por encontrarse de preferencia en estos casos, es de significación pronóstica poco lisonjera, dato que de confirmarse estaría de acuerdo con el significado, también funesto, que ya sabemos tiene en el tuberculoso todo lo que representa debilidad del centro circulatorio.

(Continuará).

PERIÓDICOS

Micosis bucofaríngea aguda ó stomatofaringomicosis aguda. — En el *Boletín de Laringología, Otología y Rinología*, de Madrid, publica el Dr. D. Alberto Ramírez Santaló un caso clínico, que presenta el interés de la escasa frecuencia con que se presentan los de su clase. En efecto, de unos 14.000 enfermos que de la especialidad otorinolaringológica han sido asistidos en la consulta y clínicas del Hospital general á cargo del ilustrado especialista Dr. Cisneros, no se ha presentado ningún individuo con la afección que encabeza estas líneas. Pero aún hace más excepcional la presente observación,

la marcha aguda que ha ofrecido y que no hemos visto haya seguido en ninguna de las que se consignan en los diversos trabajos consultados por nosotros para escribir estas líneas.

Se refiere á una joven de unos veinte años con una dolencia de garganta, y con una voz ronca y de timbre nasal, contestó llevaba unos días con grandes molestias en dicha región, siendo la principal una gran dificultad á la deglución, que muchas veces era dolorosa; pero se encontraba bien desde la madrugada última por habérsele *reventado* la angina, arrojando desde entonces algunos esputos teñidos de sangre, y llevaba ocho años padeciendo de la ronquera, que era debida, según la opinión de un especialista que la había reconocido, á un tumorcito que tenía en una cuerda, y que le había propuesto extirparle, operación que no aceptó. Tranquilo respecto al inquietante síntoma laríngeo apuntado, que no podía ser otro que el de amigdalitis flegmosa supurada, con evacuación espontánea del pus.

A la mañana siguiente lo primero que llama su atención, que la enferma tenía grandes molestias á la deglución, creyendo por ello agravado su estado. Procedió á examinar la boca y le sorprendió el aspecto que ofrecía todo el velo del paladar, los pilares y parte de la amígdala izquierda, cubiertos de una capa pultácea no uniforme y sí en forma de grandes placas redondeadas, alcanzando las mayores cerca de 2 centímetros de diámetro y las menores uno, de color gris amarillento, de tinte sucio, que formaban una prominencia bien apreciable sobre la superficie de la mucosa y de bordes irregulares. En la cara dorsal de la lengua se contaban cuatro ó cinco placas de idénticos caracteres, pero que no alcanzaban las dimensiones que hemos señalado á las mayores de la garganta.

Las frotó con algodón tratando de desprenderlas, cosa que consiguió fácilmente con casi todas las del velo y amígdala, sin notar otra alteración en la mucosa sudyacente que una intensa congestión; pero el menor número de las placas solo permiten un desprendimiento parcial y se ofrecía la mucosa debajo de ellas exulcerada y sanguinolenta, ofreciendo igual carácter de resistencia al frotamiento las de la lengua, y presentando el resto del exudado adherido, que daba á la mucosa el aspecto de líneas entrecruzadas.

Las demás alteraciones de la boca y faringe consistían en un color rojizo intenso de la mucosa, que á la vez estaba brillante y seca por la falta de saliva, ofreciéndose este último carácter con mayor intensidad en la lengua, cuyos movimientos eran torpes.

Le dispuso una limpieza minuciosa de la boca con la solución de hidrato de cloral al 1 por 100 cada vez que tomara alimentos y colutorios y pulverizaciones frecuentes con la solución de borato sódico al 4 por 100.

La reacción de la cavidad bucal era neutra; el aspecto que ofrecen las lesiones es el de una mejoría notable, pues las placas desprendidas no se han reproducido y las restantes son menos ostensibles.

Al sexto día de asistencia es casi normal el aspecto del velo pilar y amígdala, pues solo una ligera hiperemia se observa, pero la lengua aún no se presenta limpia, siquiera los caracteres de las placas sean poco ostensibles, y la mucosa se presenta húmeda. En este día la enferma había entrado en franca convalecencia de su fiebre, que alcanzó una duración de unos catorce días. Cuatro después estaba completamente curada.

Vamos á ocuparnos del diagnóstico clínico de esta micosis, para exponer después el bacteriológico y terminar con dos palabras sobre el tratamiento.

Después agrega el Dr. Ramírez: «No ofrece dificultades la separación del padecimiento que nos ocupa, de las múltiples afecciones ulcerosas de la boca y faringe, y cuando no basten los caracteres que á la placa micósica hemos señalado para llegar á su conocimiento, con desprenderla por medio de un poco de algodón ó un pedazo de lienzo, tendremos lo suficiente para distinguirla.

Con un examen superficial sería posible confundir las placas de micosis con restos de leche coagulada; basta anunciar la posibilidad de tal error para no cometerlo, creyendo pueril señalar los caracteres que pueden servir para no confundirlas.

Entre las concreciones caseosas ó estomatitis de ese nombre y la micosis, afirman los autores no ser posible hacer el diagnóstico con solo los elementos clínicos, y para lograrlo precisa el concurso del microscopio.

Con la forma clásica ó *normal* de la difteria, la distinción de la micosis es fácil, pues basta recordar el color blanco ó azulado de las placas de aquélla, mientras que en la segunda tienen el gris amarillento de tinte sucio, el aspecto de su superficie brillante en las primeras y mate en las otras, la distinta adherencia de ambas á la mucosa y la muy diferente cohesión que ofrecen los productos de ambas afecciones. Pero sabido que la afección diftérica se presenta bajo otros aspectos, se comprende la imposibilidad de afirmar un diagnóstico en estos casos sin el concurso de la bacteriología.

Es á no dudar el muguet la primera afección que ocurre invocar frente á un sujeto que ofrezca los síntomas que presentaba nuestra enferma, y al primer examen; pero prolongando la observación se notan diferencias que, solo por el escaso número de individuos que de esta afección hemos visto, nos abstenemos de generalizar; en ciertos enfermos bastan á separar ambas dolencias, pues aparte la clase de padecimientos en las que más frecuentemente se presenta el muguet, la consistencia de sus placas, su adherencia á la mucosa y estado de ésta debajo de las mismas, congestionada pero no ulcerada, aparte de esto, decíamos, la presencia en *todos* los sujetos que hemos visto de los gránulos ó puntos blancos, con los caracteres que sabemos presentan y los islotes que la reunión de un escaso número de ellos producen antes de constituir la placa, entendemos bastan en ciertas ocasiones para hacer el diagnóstico, que en otras, y al decir de los libros, exigirá la ayuda del microscopio.

Aunque incompleto el examen bacteriológico practicado, y esto por entender equivocadamente, sólo perseguía saber si era ó no diftérico, basta á nuestro objeto; pues á más de la existencia de productos anatómicos y de micrococos que se consigna existían en aquél, la falta de bacilos de Loeffler nos autoriza á rechazar fuese diftérica la afección de nuestra enferma, y la existencia de leptothrix y falta de *oïdium albicans*, nos permite afirmar no eran de muguet y sí micósicas las placas que en la boca y garganta presentaba.

Respecto á la secreción de la saliva, cuya influencia no se admite en igual grado por todos, nos impide afirmar nada respecto á la misma el uso fre-

cuente que de la solución alcalina hacía la enferma, y que por esta circunstancia había de hallarse modificada la que sin ella ofreciera.

¿Ejerció una influencia beneficiosa la medicación en la marcha de la dolencia? Aunque innegable el hecho de encontrarse la afección febril en el último período y no ser posible dudar de su papel etiológico en el desarrollo de la micosis, teniendo en cuenta la notable mejoría obtenida á las veinticuatro horas de establecido el tratamiento local, cuando ninguna modificación se había operado en el estado de la enferma ni el plan terapéutico que seguía, nos es dado el afirmar influyó favorablemente en la curación de su dolencia bucofaríngea». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 2 de Diciembre de 1902 (1).

Gelodiagnóstico de las deposiciones en la fiebre tifoidea. — El Dr. CHANTEMESSE: El Dr. Décobert, autor de este trabajo, ha hecho sus observaciones en 23 enfermos.

De éstos, 5 permanecieron en observación algunos días como dudosos, porque en ellos el serodiagnóstico fué negativo, y á pesar de los exámenes repetidos fué imposible descubrir ni una sola vez el bacilo tífico en las deposiciones. La clínica confirmó estos resultados, porque ninguno de los enfermos referidos padeció dotienenteria.

De los 18 enfermos restantes, 16 habían pasado el período de ascensión térmica, y la mayoría presentaban todos los síntomas clínicos de la fiebre tifoidea. Dos tan sólo se hallaban en el sexto y séptimo día de la infección.

En los 16 enfermos primeros, el serodiagnóstico fué positivo desde su ingreso en la clínica, y el examen de las deposiciones permitió siempre descubrir gérmenes tíficos en gran abundancia.

En los dos últimos la serorreacción de Widal, negativa al ingresar el enfermo en la clínica, se hizo positiva en uno á los tres días y en el otro á los cuatro. En estos dos enfermos el gelodiagnóstico permitió descubrir el bacilo tífico en las deposiciones.

El Dr. Décobert ha seguido para sus investigaciones, repetidas cada tres días, la eliminación del bacilo de Eberth por el intestino en los diferentes períodos de la fiebre tifoidea.

Período febril. — Durante el período febril, se ha encontrado constantemente.

(1) La sesión del día 25 de noviembre se dedicó á la inauguración del nuevo local de la Academia.

Apirexia, convalecencia.—El Dr. Décobert ha examinado 10 enfermos en el período de apirexia y de convalecencia.

En 8, apiréticos hacía cinco á seis días, el bacilo tífico fué encontrado casi en todo examen. En uno de ellos el examen, negativo durante tres días, se hizo positivo al cuarto y en los sucesivos.

Curación.—De los dos últimos enfermos, que fueron observados hasta su curación, el primero estaba apirético desde hacía quince días y el segundo desde once. Las deposiciones de uno de ellos, sembradas el mismo día que se dió de alta á este individuo, formaron colonias tíficas numerosas. Dieciocho días después, cuando el enfermo había regresado á su casa y recobrado su vida ordinaria y su salud aparente, las deposiciones contenían aún el bacilo de Eberth.

En el otro caso no se encontraron bacilos de Eberth el día que se dió de alta al enfermo.

Estos exámenes, en número de 126, practicados en 18 enfermos, permiten sacar las conclusiones siguientes:

1.ª El método de gelodiagnóstico es verdaderamente clínico, porque sólo necesita dieciocho á veinticuatro horas para dar resultados.

2.ª Este método permite encontrar en las deposiciones de los tíficos el bacilo de la fiebre tifoidea en todos los casos en que la enfermedad estaba bien caracterizada clínicamente y en los que el serodiagnóstico fué positivo.

3.ª En dos exámenes de casos recientes, cuando el serodiagnóstico era aún negativo y los síntomas frustrados, el gelodiagnóstico permitió descubrir en las deposiciones el bacilo tífico.

4.ª Este método permite seguir las eliminaciones intestinales del bacilo tífico; prueba que en ciertos enfermos curados desde hace más de un mes el bacilo tífico existe todavía en las deposiciones. Así se explican la difusión del contagio y la aparición, espontánea al parecer, de casos de fiebre tifoidea.

5.ª La precocidad de las comprobaciones hechas por el gelodiagnóstico permite suponer que en época no lejana existirán para esta investigación servicios municipales como los que existen para el diagnóstico de la difteria. Su utilidad se comprende por el hecho de que la energía y eficacia de la seroterapia de la fiebre tifoidea dependen en alto grado de lo precoz del diagnóstico de la enfermedad. —(*Bull. de l'Academie de Medicine*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 26 *de Noviembre de* 1902.

Tratamiento quirúrgico de la apendicitis.— El Dr. Reynier: Después de la discusión que hubo en esta Sociedad acerca de la apendicitis, y después de lo que se ha dicho en los Congresos de París y Bruselas, donde la mayoría de los oradores se pronunció por la expectación armada, no creía que se volviera de nuevo sobre el mismo asunto, y si yo tomo parte en esta discusión es debido á las alusiones del Dr. Segond. A pesar de los argumentos aportados por mi colega y amigo, todavía no estoy convencido; continúo siend

oportunista sacrificando así mi interés personal, puesto que parece menos glorioso curar por el tratamiento médico que por medio del bisturí. Si se analizan las estadísticas, vése que hablan, por lo demás, en favor de la expectación armada; así el Dr. Routier ha tenido 5 defunciones en 42 intervenciones en la primera estadística, y 20 defunciones en 135 casos en la segunda; el Dr. Poirier acusa 8 por 100 de mortalidad en el hospital y el 30 por 100 en la población, mientras que con la expectación el Dr. Jalaguier no ha tenido más que 3 defunciones en 136 casos, y Walther no menciona más que una mortalidad de 4 por 100; por mi parte ya he señalado, en 1899, 99 casos tratados médicamente, de los que solamente 2 fueron seguidos de muerte, y hoy cuento con 71 casos nuevos con 2 defunciones, una no operada y la otra debida á una embolia sobrevenida cuarenta y ocho horas después de la abertura de un absceso retrocecal hecha demasiado tarde, en el sexto día. Cuando Tuffier habló de operaciones hechas en las cuarenta y ocho primeras horas, me admiré que hubiese encontrado tantas para practicar. Por lo que á mí se refiere, sólo he sido llamado dos veces en estas circunstancias, y en realidad es raro que se nos llame tan pronto. Después de lo que he observado, creo poder afirmar que si el tratamiento por el hielo, opio, reposo y dieta fuera estrictamente aplicado, se acabarían de ver las crisis graves de apendicitis; es necesario que la aplicación de este tratamiento se haga de un modo serio y continuo y desde el principio de la enfermedad. De este modo se evitarían las complicaciones de gangrena, vómito negro, etcétera, la enfermedad se enfriaría, y se podría intervenir en frío si fuera necesario.

El Dr. Temoin (de Bourges): Como en París, la apendicitis es frecuente en la región en que ejerzo; de mi práctica resulta que la contemporización expone á más peligros que la intervención; yo siempre opero desde el principio, y nunca he tenido que arrepentirme. He practicado 314 operaciones, 135 en frío con 135 curaciones y 179 en caliente con 19 defunciones que no pueden imputarse á la intervención; estoy seguro de no haber perdido ningún enfermo que antes de la operación no hubiese tenido la peritonitis generalizada. En estos casos desgraciados se trataba de enfermos desesperados en que la familia estaba ya prevenida y encontrábamos el abdomen lleno de pus, el apéndice esfacelado, perforado y libre de toda adherencia. En ningún caso se ha tratado de operación pronta; en uno sólo se hizo la operación al tercer día; en los otros del sexto al décimoquinto ó al vigésimo día. Estos enfermos tuvieron una remisión, se les creyó mejor y sobrevino la agravación rápidamente. En efecto, no hay un sólo síntoma, como muy bien lo lo dijo el Dr. Segond, que permita decir que tal caso irá seguido de curación y que tal otro ha de ser operado; tanto es así, que una joven de dieciocho años fué operada al sexto día, cuando ni el pulso, ni la temperatura, ni los síntomas generales podían hacer preveer ningún peligro y, sin embargo, el apéndice estaba perforado y los intestinos bañados en la serosidad infecta, y á pesar de la operación, durante la cual estoy seguro de no haber destruído ninguna adherencia, á pesar del suero, el hielo, etc., la enferma murió de septicemia sin peritonitis cuatro días después. Se trataba de una enferma de mi colega Pellegrin que, intervencionista de ordinario, había sido engañado por la benignidad aparente del caso é influído por la discu-

sión actual de la Sociedad de Cirugía, puesto que nos encontrábamos en el día 14 de noviembre actual. Ahora bien, tratábase en este caso de una enferma vigilada en una ciudad; pero, ¿le es posible al médico hacer esa contemporización armada en el campo? ¿El médico puede vigilar su enfermo y puede contemporizar? Y con más razón, ¿el cirujano llamado desde un punto lejano puede ser otra cosa que intervencionista? Todos mis operados, que ascienden á 15, han curado en las primeras veinticuatro horas, y á lo menos 7 tenían un apéndice con placas de esfacelo á punto de perforarse; más de 20 han sido operados en los tres primeros días; todos han curado, excepto uno que estaba en plena peritonitis. Otra razón existe que milita en favor de la intervención precoz en el campo, y es la imposibilidad de vigilar los enfermos. Así, pues, soy cada día más intervencionista, convencido de que el peligro viene de la contemporización médica.

De la orquitis por esfuerzo.—El Dr. Monod: En una Memoria el Dr. Courtot se pregunta este autor si existe la orquitis por esfuerzo y concluye por la afirmativa, apoyándose en 10 observaciones, y entre otras en el caso siguiente: Un hombre de veintitrés años hacía un violento ejercicio cuando sintió de repente un dolor desgarrador. Al día siguiente se notaban en el epidídimo tres nódulos que bien pronto se reunieron y se convirtieron en una masa; no había derrame uretral. Nuestro colega había hecho el diagnóstico de epididimitis tuberculosa, pero el reposo y el yoduro de potasio hicieron desaparecer los nódulos, por lo cual pensó que se trataba de una orquitis por esfuerzo. De lo que ha observado en este caso y en otros enfermos, concluye que esta orquitis está caracterizada por depender de un esfuerzo, por el dolor brusco en las ingles con irradiación y por la localización más frecuente á la izquierda y la terminación por resolución.

Todavía reina cierta obscuridad en lo que se llama orquitis por esfuerzo. En algunos casos trátase de un derrame vascular seguido de rotura, simulando una epididimitis. En otros casos existe realmente epididimitis, pero es difícil saber si el esfuerzo es el hecho principal y la infección el hecho secundario ó si no es más que todo lo contrario. De todos modos, se puede admitir que un traumatismo es la causa ocasional de la infección; dicha interpretación merece ser tenida en cuenta cuando se trata de examinar un obrero que ha enfermado en el curso del trabajo.

El Dr. Bazy: La cuestión es, en efecto, importante desde este último punto de vista. Con frecuencia no se podrá salir de la duda, pues no siempre es posible obtener datos acerca del estado de la mucosa uretral, puesto que se puede haber orinado recientemente, como el hecho se ha presentado hace poco en un enfermo que tuve yo que examinar.

El Dr. Moty: Recuerdo un joven muy robusto que, á consecuencia de los esfuerzos, tenía frecuentes orquitis que aparecían y desaparecían súbitamente.

El Dr. Sevileau: Este último hecho no debe colocarse entre las orquitis por esfuerzo, las cuales persisten mucho más tiempo, sino que tal vez se trataría de una torsión del cordón ó de una flebitis del plexo pampiniforme.

(*Bull. Med.*).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Noviembre de* 1902.

De la cantidad en el régimen alimenticio.—El Dr. G. Bardet: En mis notas precedentes he llamado la atención acerca del error en que caen muchos médicos creyendo ayudar al organismo desfallecido, valiéndose de la sobrealimentación cuando se encuentran ante dispépticos en estado de miseria fisiológica. He demostrado que en estos enfermos el enflaquecimiento es debido frecuentemente á la inundación de los humores por líquidos alimenticios excesivamente cargados de amoníacos orgánicos que les alcalinizan en demasía, permitiendo por esta reacción de las oxidaciones enormes una desasimilación intensa y peligrosa, lo cual es una contraindicación absoluta de una sobrealimentación nitrogenada, precisamente capaz de aumentar el estado patológico; he probado por hechos que la cantidad de albúmina necesaria para el equilibrio nitrogenado está muy por debajo de las cifras generalmente admitidas, de modo que algunas de las observaciones que he presentado hablaban en favor de esta opinión. Hoy presentaré tres observaciones más que también tienen algún interés.

La primera se refiere á una mujer de treinta y cinco años que ví á principios de diciembre de 1901; estaba en un estado de miseria fisiológica extrema, puesto que pesaba 34 kilogramos para una talla de 1'552 metros; había sido considerada como tuberculosa, pero más tarde se reconoció que la enferma no tenía ningún signo real de tuberculosis y que su desquiciamiento orgánico debía atribuirse á un estado dispéptico; se instituyó un régimen apropiado con objeto de engordarla por medio de la sobrealimentación; á pesar de ésta, el estado de la enferma continuó siendo malo y presentándose crisis violentas. Mi primer cuidado fué suprimir todo tratamiento medicamentoso é instituir, según mi costumbre, un régimen de «cantidad» basado sobre la ración necesaria. Según su talla, creí que la enferma debía pesar 42 kilos para continuar indudablemente enflaquecida, pero no caquéctica, y sobre este peso establecí mi régimen cuantitativo á razón de 1 gramo ó más de albúmina por kilogramo y 35 calorías también por kilogramo de peso normal. Lo cual era una ración diaria de 1500 calorías en forma tal que la albúmina fué representada por 45 gramos con corta diferencia. Para instituir este régimen bastaba ingerir cada día, y por toda alimentación, un litro y medio de leche adicionada con 60 á 80 gramos de azúcar; la enferma siguió estrictamente este régimen y á fines de enero subió á 35'400 kilogramos y dos meses más tarde llegaba á 38 kilos; después de estos cuatro meses comenzó á tomar huevos ligeramente pasados por agua, reemplazando al medio litro de leche; de vez en cuando tomaba una patata cocida en agua y más tarde mezclada con un poco de manteca; de este modo se llegó á fin de abril, en que la enferma pesaba 39'300 kilos. Poco á poco, pero muy lentamente, la enferma volvió á la alimentación variada, pero ateniéndose á los alimentos simples, huevos pasados por agua, carne blanca cocida, legumbres farináceas, leche y como bebida agua azucarada. De este modo, sin reaparecer las crisis, á no ser por muy raras infracciones del régimen, pudo recobrar una

apariencia más viva, su peso alcanzó el normal, y aunque de aspecto de una mujer flaca, tiene la piel más sonrosada y es capaz de dedicarse á sus ocupaciones habituales.

En la segunda observación se trata de la continuación de una que ya presenté á esta Sociedad referente á una enferma de cincuenta años, dispéptica antigua, que no ha conseguido mejorarse sino por medio del racionamiento. El año pasado llegó á consumir regularmente en forma de huevos, algo de carne, legumbres, feculentos, leche y azúcar el valor de 2100 calorías por día, y de 67 gramos, poco más ó menos, en albúmina, siendo su peso de 55 kilogramos. He de demostrar que esta ración, que hace un año fué considerada por muchos de mis colegas como insuficiente, era, sin embargo, exagerada. En efecto, la enferma, aunque no tenía como en otras épocas grandes crisis paroxísticas, aún tenía fenómenos de éstasis gástrico; enflaquecía y sufría bastante para verse de nuevo obligada á refugiarse en un régimen más severo: entonces me decidí, en el mes de enero, á imponerle la ración estrictamente calculada sobre la necesidad mínima; en este momento pesaba desnuda 54 kilogramos é instituí el régimen invariable siguiente: A las siete de la mañana, una taza de café con leche en la siguiente forma: 200 gramos de leche, 200 gramos de café negro, 50 gramos de azúcar y tres galletas ó bizcochos de Albert. A medio día dos huevos pasados por agua con 50 gramos de pan, 100 gramos de legumbres feculentas diversas, 30 gramos de queso Gervais con dos bizcochos Guillout, un poco de confitura ó frutas cocidas, una taza de café negro, 30 gramos de azúcar y unos 500 gramos de agua para bebida. A las siete de la noche una taza de café con leche, 200 gramos de leche, 50 de pan, 12 de manteca y 35 de azúcar. La representación de todos estos alimentos no alcanza 1800 calorías y 55 gramos de albúmina. Pues bien, desde el mes de enero último mi enferma no ha sufrido más, á no ser que cometa un exceso en cantidad ó en calidad; su peso es de 55 kilos, y rinde un trabajo intelectual que no dudo en calificar de muy considerable. Durante este verano ha andado de 12 á 20 kilómetros por día, y dos ó tres veces en el campo ha verificado caminatas de más de 40 kilómetros, sin que su peso haya variado más que dentro de los límites fisiológicos.

Creo que el hombre puede vivir hasta en estado sano con esta alimentación reducida, y pretendo probarlo por medio de la observación siguiente, que es la de una persona de salud constantemente igual. Conozco desde 1884 un hombre que actualmente tiene setenta años y que desde dicha época ha gozado siempre de la misma salud; este individuo me afirma que desde que llegó á la edad adulta nunca ha variado su ración, y que atribuye á su sobriedad la buena salud que ha gozado, y que, gracias á ella, ha podido resistir una labor intelectual y material extraordinaria. Esta ración está constituída en la forma siguiente: á las siete de la mañana una taza de té con 20 gramos de azúcar, un poco de leche y un bollo; al medio día 60 á 75 gramos de carne, 100 gramos de legumbres farináceas ó verdes, un pedazo de queso de 15 á 20 gramos, 100 gramos de pan, una taza de café negro con 20 gramos de azúcar; á las siete de la noche igual comida que á medio día, y además un poco de cocido; como bebida unos 800 gramos á un litro de agua vinosa. Nunca vino puro, nunca nada más entre comidas. Puesto que el in-

dividuo es un hombre de 1'65 metros de talla, de 80 kilogramos de peso, es decir, con tendencia á la obesidad, esta ración le permite economías, aunque parezca un régimen débil. Hé aquí lo que es suficiente para demostrar que nos engañamos de un modo grosero cuando hablamos de la necesidad de comer y de la necesidad de reparar lo que se supone son las pérdidas diarias en calorías. Todas las cifras de los higienistas son muy elevadas, habiendo necesidad de volver sobre estos estudios. Lo declaro muy alto: el peligro de nuestra época se encuentra en el albuminismo del propio modo que en el alcoholismo, puesto que la mayoría de las enfermedades crónicas no reconocen otras causas que la exageración alimenticia y, sobre todo, del consumo de la albúmina. El día en que todo el mundo comprenda bien esta verdad, el día en que el médico admita la necesidad de dosificar el alimento como lo hace con el medicamento, el día que prevenga á sus enfermos contra la predisposición del deseo de comer, habremos dado un gran paso para el tratamiento de las dispepsias y la profilaxia de las enfermedades crónicas.

El Dr. A. Robin: Las enfermedades de sobrealimentación que el doctor Bardet designa con el nombre pintoresco de albuminismo, tienen una gran importancia y son muy frecuentes hasta en los niños. He tenido ocasión de cuidar una niña de dieciocho meses que habiendo sido alimentada con la leche de una cabra nutrida con avena tuvo cólicos nefríticos con azoturia, peptonuria y albuminuria ligera. Estos accidentes desaparecieron desde que la avena fué suprimida de la alimentación de la cabra y, por lo tanto, la leche de este animal fué menos rica en substancias albuminosas. He observado también dolores articulares, simulando la coxalgia, en un niño de doce años que estaba sobrealimentado, cuyos dolores desaparecieron desde que se le sometió á un régimen menos substancioso.

El Dr. Sevestre: He visto con frecuencia niños que padecían dolores de cabeza é incapacidad intelectual, cuyos síntomas desaparecían después de disminuir la ración de carne.

El Dr. Linossier: Participo de la opinión del Dr. Bardet en el hecho de que, en general, se exagera la ración alimenticia. Creo que la mayor parte de las dispepsias son debidas á la sobrealimentación, que en los diabéticos gordos y en los artríticos la reducción alimenticia es buena, pero yo no me atrevería á decir otro tanto de los tuberculosos, en los que, á mi modo de ver, no se puede establecer la ración alimenticia apoyándola en las calorías. Y es que ciertos individuos queman mucho y, por consecuencia, tienen necesidades alimenticias considerables, como los tuberculosos, mientras que otros, quemando poco, pueden reducirse á una ración menor.

El Dr. A. Robin: Es necesario alimentar y no sobrealimentar los tuberculosos, puesto que cuando se les sobrealimenta con la carne se aumenta la tendencia, ya exagerada en estos enfermos, de fijar el oxígeno en los tejidos; he observado en los tuberculosos sobrealimentados ataques congestivos graves por parte del hígado.

El Dr. Bardet: No me atrevería á aplicar mis argumentos á los tuberculosos, aunque admito en ellos, sin embargo, la posibilidad del albuminismo y de la alcalinización de los tejidos por la sobrealimentación.

(*Bull. Méd.*).—Codina Castellví.

XV CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Celebrado en París del 20 *al* 25 *de Octubre de* 1902.

(Continuación)

Tratamiento del tétanos. — El Dr. Vallas: A pesar de los cinco fracasos que se han publicado, está rigurosamente demostrado el valor preventivo del suero antitetánico, y se puede afirmar que si se aplicara la seroterapia preventiva á todos los heridos, el tétanos desaparecería como la viruela desaparece con la vacuna. Pero como el tétanos es relativamente muy raro, es difícil que se acepte tal práctica, y, sin embargo, no es menos cierto que el tratamiento preventivo está indicado en las heridas contusas, anfractuosas que estén ensuciadas con tierra, en cuyo caso es preciso hacer el primer día una inyección de 10 cent. cúb., otra inyección el tercer día y una tercera inyección el décimo día. Si la herida persiste, y hay complicaciones locales, será prudente repetir la inyección cada quince días.

En el tétanos declarado, hay que reconocer que nada se puede hacer, á pesar de lo cual, el único recurso medio regular es la seroterapia, de valor en los casos de evolución lenta, en los cuales auxilia los esfuerzos espontáneos del organismo hacia la curación.

Las vías de empleo del suero son la subcutánea, la intravenosa, la cerebral y la subaracnoidea. Las inyecciones intracerebrales no son inofensivas, y no es raro den origen á accidentes graves y aun á la muerte, y de ahí que se debe rechazar tal procedimiento.

La vía subaracnoidea se ha empleado pocas veces, y los resultados son desastrosos; en 20 casos ha habido 13 muertos, ó sea el 65 por 100, y además los 7 casos curados son poco demostrativos.

Resulta, pues, que la vía para introducir el suero debe ser la subcutánea, y sólo en casos excepcionales, la intravenosa. El Dr. Vallas ha reunido 373 casos de tétanos tratados por las inyecciones subcutáneas de suero con 145 muertos y 228 curaciones, ó sea una mortalidad de 39 por 100, que era de 70 por 100 en los casos tratados por los métodos antiguos, de lo cual hay que deducir que la seroterapia tiene un valor real en el tratamiento del tétanos.

La vía venosa se debe reservar para aquellos casos en los cuales la violencia ó rapidez de la intoxicación exigen remedio rápido: las observaciones publicadas son pocas, y de ahí que no se pueda dar conclusión definitiva acerca del valor de dicha vía.

El cloral al interior y el ácido fénico en inyecciones hipodérmicas son tratamientos sintomáticos, que obran sobre las contracturas; no son más que medios auxiliares, y se deben emplear á la vez que el suero: la toxicidad del ácido fénico y la inocuidad del cloral inclinan á que se prefiera el segundo de estos agentes.

No es posible formular un juicio acerca de los demás medios propuestos, pero nada autoriza á considerarlos superiores á los indicados, y el tratamiento quirúrgico se debe limitar á la desinfección antiséptica de la herida.

El Dr. *Lucas Championnière* ha tenido ocasión de ver dos enfermos tratados por la inyección intracerebral: uno curó y el otro murió rápidamente.

Otros dos ó tres hechos que ha podido observar, le han demostrado que el método es inocente.

Está convencido de la eficacia del tratamiento preventivo. Ingresó en su Clínica un caso de tétanos uterino, y al poco tiempo se desarrollaron otros dos casos de tétanos abdominal, seguidos ambos de muerte. Entonces mandó hacer inyecciones preventivas á todos los operados y al mismo personal, durante cuatro meses consecutivos, y no se observó ningún otro caso de tétanos. Además, desde que hace la inyección preventiva á todos los heridos, cuyas heridas hayan tocado el suelo, no ha vuelto á ver ningún caso de tétanos.

El Dr. *Girard* dice que no se puede negar que son algo peligrosas las inyecciones intracerebrales, pero no es menos cierto que hay enfermos que han curado gracias á dichas inyecciones; cita un hecho bastante demostrativo, en el cual se habían repetido varios días y sin éxito las inyecciones subcutáneas; una sola inyección intracerebral bastó para obtener la curación.

El Dr. *Maunoury*, hace notar que en algunas observaciones que se citan como ejemplo de fracaso, se habían empleado durante varios días otros métodos, y se hizo la inyección intracerebral cuando el caso era ya desesperado. Cita dos éxitos obtenidos por él, con el método intracraneano, el uno en 1899 y el otro en 1900.

El Dr. *Barette* ha visto 11 casos de tétanos en estos últimos años. En cinco hizo un tratamiento médico, curando uno y muriendo cuatro. Otro enfermo ha muerto, á pesar del suero inyectado por la vía subcutánea, y á pesar de la amputación. En la séptima observación, las inyecciones repetidas de suero y una amputación de Lisfranc parecía que daban origen á una mejoría, á pesar de la cual el enfermo murió. Los tres casos siguientes curaron, dice, merced al suero inyectado por la vía cerebral en dos casos y uno por la subcutánea. En el último caso no dió resultado el método intracraneano.

El Dr. *Reyner* cree que hay que insistir en la necesidad de hacer las inyecciones preventivas de suero cuanto más pronto sea posible después del accidente y, sin embargo, ha visto que el método no ha dado resultado en un enfermo, al cual se iba á operar de hernia, y en el cual se hizo la inyección preventiva en la misma mesa de operaciones y, sin embargo, el tétanos estalló á los catorce días.

En el tétanos declarado hay que asociar á la seroterapia las inyecciones de cloral á grandes dosis, y de esta manera ha podido salvar á tres enfermos.

El Dr. *Villar*, ha recurrido en dos casos á la inyección intracerebral y los dos enfermos han muerto.

El Dr. *Reboul* antes de usar el suero antitetánico, todos los casos que vió de tétanos, todos terminaron por la muerte. Desde 1897 ha hecho de un modo sistemático la seroterapia preventiva en todas las heridas sospechosas. Además, una vez limpia la herida, la impregna con una mezcla de agua oxigenada y naftol alcanforado, inyectando dicha mezcla en las anfractuosidades; en los enfermos así tratados, no ha observado ni un solo caso de tétanos. En cambio, ha observado dos casos de tétanos en heridos, á los cuales no se había hecho la inyección preventiva: en uno se ha inyectado el suero por la vía subcutánea, el otro por la cerebral, y los dos enfermos han muerto.

El Dr. *Schwartz*, desde 1898 ha hecho la inyección preventiva del suero á 330 heridos; ninguno ha tenido el tétanos; los únicos dos casos que ha visto durante este período, no habían sufrido el tratamiento preventivo.

El Dr. *Tailhefer* cita un caso de muerte repentina á consecuencia de la inyección intrarraquídea de 5 cent. cúb. de suero antitetánico; antes había extraído 20 cent. cúb. de líquido cefalorraquídeo.

El Dr. Tavel: El suero antitetánico no tiene influencia alguna en el tétanos espinal; en cambio ha visto varios casos de tétanos cefálico contenido inmediatamente en su evolución con las inyecciones subcutáneas ó intracerebrales. En los experimentos hechos en los animales, ha curado conejos, ya iniciados los accidentes tetánicos, inyectando dosis muy fuertes de suero muy activo. Además, dichos experimentos le han demostrado que hay que asociar á las inyecciones subcutáneas ó intravenosas las inyecciones intraventriculares, para de este modo inmunizar los centros medulares.

El Dr. *Blanquinque*, cita tres casos de curación del tétanos conseguidos con el empleo de dosis grandes de suero antitetánico.

El Dr. *Guinard* hace nueve años que emplea las inyecciones preventivas y sólo ha visto un caso de tétanos, precisamente en un enfermo que no había sido sometido á dicho tratamiento.

Ano artificial y enteroanastomosis en el tratamiento de la oclusión intestinal. — El Dr. Monprofit: En un caso de oclusión intestinal aguda he hecho primero una fístula estercorácea infraumbilical para combatir los accidentes de oclusión, después para restablecer el curso normal de los excrementos, he anastomosado el intestino delgado por encima del obstáculo con el colon ascendente, suprimiendo el ano artificial.

El Dr. Roux: La anastomosis se puede aplicar, no sólo al íleon paralítico, sino que también á los casos en los cuales se suprime el obstáculo, y de este modo se evita la estercoremia que mata á tantos enfermos, á pesar de la fístula estercorácea que se haya hecho.

Tres casos de extirpación del ciego. — El Dr. *Duret* ha hecho tres veces la extirpación del ciego, y los tres enfermos han curado. En uno de ellos creía se trataba de un cáncer y resultó una tuberculosis del ciego. Si el resultado de la operación ha sido excelente, no ocurre lo mismo con el resultado lejano, pues el estado general en la actualidad es muy malo. En los otros dos casos, se trataba de un cáncer; operados, uno hace ocho meses y otro hace tres, siguen sin recidiva.

Relaciones de algunos tumores con el colon pelviano. — El Dr. *Forgue* ha encontrado cinco veces en el lado izquierdo tumores incluídos en el mesocolon pelviano, que habían perdido toda movilidad y presentaban, con el asa del colon, tales adherencias, que era casi imposible su extirpación. Sólo en un caso de quiste supurado, pudo enuclear el tumor después de haberlo vaciado; en otro caso sólo pudo extirpar parte del saco, cerrando el resto por medio de una sutura de colchonero. En otros dos casos se trataba de cistoepiteliomas, debiendo limitarse la intervención á una laparotomía exploradora. Por último, en una mujer que tenía un quiste glandular, tuvo que hacer la histerectomía y resecar el asa pelviana del colon, obteniendo con ello la curación de la enferma.

Compatibilidad de la vida con resecciones extensas del intestino delgado.—El Dr. *Dujon* tuvo que asistir á un hombre de sesenta años, que desde los veintidós tenía una hernia escrotal voluminosa, y que entonces presentaba accidentes de oclusión. Al operarle, aunque la hernia estaba fuera, parecía que se podía reducir fácilmente y creyendo que se trataba de una estrangulación interna, hizo una incisión media infraumbilical, no encontrando más que algunas bridas cerca del orificio profundo del conducto inguinal, por lo cual cerró la primera incisión y abrió el conducto inguinal que contenía varias asas intestinales reunidas por adherencias antiguas tan íntimas, que tuvo que extirpar toda la masa intestinal, así como el cordón al nivel del anillo, uniendo en seguida los dos extremos del intestino en cañón de fusil para constituir un ano artificial. La porción del intestino resecado medía un metro 60 centímetros. El enfermo curó de esta operación; en cambio al intentar suprimir el ano artificial murió de esta segunda intervención.

Cura radical de las hernias inguinales.—El Dr. Begouin: El procedimiento de Bassini se debe modificar de modo que se suprima el trayecto intraparietal del cordón que hace que la pared sea débil y cerrar el orificio profundo que es por donde por lo común se produce la recidiva; por lo tanto, se coloca el cordón por detrás de la pared, que se reconstituye en un sólo plano y se hace que salga del abdomen por la parte inferior al nivel del orificio externo. En las suturas perdidas recomiendo el hilo de plata.

Indicaciones y contraindicaciones de la operación de Delorme. — El doctor *Gangolphe* ha querido hacer la operación de Delorme en dos casos de empiema crónico de tres años y medio de fecha uno y el otro de seis años y medio sin lograrlo á causa del grosor de la pared torácica, que se oponía á la inversión del colgajo torácico. En vista de ello se limitó á resecar en una longitud de 11 centímetros seis costillas en el primer caso y cuatro en el segundo. Los dos enfermos curaron perfectamente.

La operación de Delorme tiene la ventaja de devolver al enfermo un órgano esencial y el inconveniente de ser más difícil y grave que la resección de las costillas. En los niños es inútil, porque por lo general basta la incisión de la pleura y en el adulto mismo puede bastar esta incisión para que el pulmón se distienda.

Cuando la operación de Delorme da buen resultado se puede temer que la cicatriz vuelva á aprisionar de nuevo al pulmón y, para evitar este accidente, conviene ser sobrio al resecar las costillas y además suturar los bordes de la pleura decorticada á la incisión parietal.

Hernia inguinal de la vejiga.—El Dr. *Lucas Championnière* ha operado recientemente un nuevo caso de hernia inguinal con cistocele en un hombre de cincuenta y tres años. La hernia estaba formada por una masa tan dura, que se podía dudar de su naturaleza, encontrando por debajo del saco una masa irreducible y dura cubierta de grasa amarillenta y, sólo al ver que salía orina, comprendió que la vejiga acababa de ser abierta. Resección parcial y sutura en tres planos de la herida veiscal. Sólo fué preciso sondar una vez al enfermo, que orinó en seguida espontáneamente, curando sin incidente alguno. Entre 900 hernias inguinales ha encontrado la vejiga con seguridad seis veces y probablemente otras dos ó tres. Nunca ha observado síntoma urinario alguno y casi nunca había hecho el diagnóstico de cistocele. Al

operar se reconoce la vejiga por la masa de grasa dura y amarillenta que envuelve la eminencia vesical y cuya existencia le ha permitido varias veces evitar la vejiga. Suturada la vejiga no deja sonda permanente que considera inútil y peligrosa.

El Dr. J. *Reverdin*, cree que no es tan difícil el diagnóstico de hernia de la vejiga, pues si bien no le hizo en un primer caso, en cambio pudo hacerlo fácilmente en una segunda operación.

El Dr. *Gangolphe* ha hecho varias veces el diagnóstico de cistocele inguinal antes de operar. En otros casos lo ha hecho al hacer la cura radical, teniendo en cuenta el grosor de las paredes del órgano herniado, de modo que pudo reducirla sin abrirla y, sólo una vez, resecó una parte de la vejiga cuya existencia no había diagnosticado ; hizo entonces una sutura y colocó una sonda permanente : el enfermo curó.

El Dr. *Tedenat* ha observado un cistocele suprapubiano, en el cual la porción de vejiga herniada estaba separada de la cavidad vesical por una especie de orificio valvular, y contenía pus mezclado con orina, siendo lo notable que las orinas expulsadas por el enfermo no contenían pus.

(*La Semaine Médicale*).—J. Ribera.

(*Concluirá*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 12 *de Noviembre de* 1902.

Tratamiento del aneurisma arteriovenoso de origen traumático. — El doctor Bergmann: En la etiología de los aneurismas arteriovenosos figuran muy en primer término las heridas punzantes, pero también tienen mucha importancia las heridas producidas por los proyectiles de las armas de fuego portátiles. En las heridas producidas por armas de fuego, se ha demostrado que el proyectil moderno, con su cubierta dura, puede perforar una arteria sin desgarrarla en lo más mínimo; la consecuencia de este hecho es que la pared vascular no se puede retraer, y por lo tanto, que se perturba la coagulación de la sangre.

De aquí que en las guerras modernas debieran ser las hemorragias un hecho muy frecuente, y sin embargo, no sucede así. En cambio, gracias á esta misma circunstancia, y también á la gran longitud de los trayectos que son producidos por los proyectiles modernos, se crean mucho más á menudo que en otros tiempos condiciones favorables para que se forme un aneurisma. Así, v. gr., si un soldado de caballería recibe mientras está montado un balazo que interesa la arteria femoral y ésta se estira ó distiende después de apearse el jinete, esta circunstancia favorece el desarrollo ulterior de un aneurisma. En realidad, también se han observado muchos casos de aneurisma en la guerra subafricana; así, mientras en toda la guerra francoalemana no se observaron más que 44 casos de aneurisma, en las reseñas de la guerra angloboer se encuentran, solo de la femoral, nada me-

nos que 10 casos de aneurisma. A juzgar por las reseñas de dicha guerra, se han observado casos de aneurisma en todos los grandes vasos del cuerpo.

Aquí presento un soldado de la guerra angloboer, que estando montado á caballo recibió un balazo en el muslo; después de la hemostasia primera que se hizo de un modo muy primitivo, y de un tratamiento más científico y concienzudo que se empleó cuando el sujeto fué trasladado á la colonia alemana del Sudoeste de África, vino por fin el paciente á Berlín. Al examinarle encontré en el tercio inferior del muslo dos heridas, una en la cara interna y otra en la externa. La extremidad tenía un color rojo-azulado; estaba hinchada y en ella se oía con toda claridad un ruído de zumbido y de extremecimiento. Practicada la anemia artificial, puse al descubierto el aneurisma y me fué fácil disecar el tejido conjuntivo ambiente sin necesidad de emplear instrumento cortante. El sitio de la lesión producida por el proyectil radicaba inmediatamente por debajo del punto en que la arteria ya había atravesado el anillo del adductor. El tumor aneurismático que se traslucía con su color azulado, estaba aplicado íntimamente á la pared venosa. Tenía el tamaño de un huevo de gallina y comprimía la arteria hasta borrar su calibre. Después de poner una ligadura doble en la arteria y en la vena, extirpé dicho tumor. La extremidad recobró su estado normal á las pocas horas, las heridas se curaron y el paciente quedó completamente sano. Preferí dividir la arteria y no suturarla, porque este último procedimiento no me parece bastante seguro.

Además de este caso, he tenido otros dos en que también realicé la extirpación de un aneurisma arteriovenoso con excelente resultado.

Suero curativo para combatir la intoxicación con la morfina y otras intoxicaciones análogas.—El Dr. L. Hirschlaff: Así como respecto á las antitoxinas y á los sueros inmunizadores contra casi todas las enfermedades bacterianas se han realizado numerosas y muy completas investigaciones, cuyo resultado puede darse por definitivo, no sucede lo mismo en lo que se refiere á los alcaloides. Pero hay más; aun en estos últimos tiempos Ehrlich y sus discípulos han negado terminantemente la posibilidad de obtener antitoxinas eficaces contra venenos químicos de composición definida. Y, sin sin embargo, no tienen razón. Ya las investigaciones de Faust hacían comprender que en el acostumbramiento á la morfina se crean en el organismo nuevos factores que descomponen el veneno cuando éste se ha introducido en la economía. Pero mis investigaciones demuestran de un modo indudable que lo mismo que contra las intoxicaciones bacterianas se pueden producir en la sangre cuerpos antitóxicos contra la intoxicación producida por la morfina. A un gran número de conejos les he estado inyectando durante semanas y meses dosis crecientes de morfina en el tejido celular subcutáneo, y después he examinado la proporción de antitoxina que contenía el suero sanguíneo procedente de dichos animales. Al comparar el resultado con el obtenido en conejos no intoxicados, no me fué posible, por causas ajenas á mi voluntad, llegar á una conclusión definitiva. En cambio, los numerosos experimentos de comprobación que he realizado en ratones que reaccionaban de un modo siempre igual y rápido á dosis pequeñas de morfina, han demostrado que el suero curativo antifórmico que he preparado tiene una fuerza protectora de doble á cuádruple respecto á la dosis mortal

mínima de morfina. El suero normal de conejo no posee nada que indique tal fuerza protectora ó preventiva.

Semejante formación de una substancia antitóxica que se opone á la acción tóxica de la morfina, quizá se pueda comparar teóricamente con la de las antitoxinas bacterianas, puesto que se ha encontrado en la pulpa cerebral reciente y mantenida en suspensión ó emulsionada en una disolución fisiológica de sal común. También se ha podido comprobar un efecto favorable del suero curativo en un caso de intoxicación aguda con el opio, en el que el sujeto respectivo había ingerido una dosis más del doble de la que pasa por mortal.

Sería muy interesante averiguar de qué modo obra el suero curativo antimórfico sobre los síntomas de abstinencia de los morfinistas crónicos, y especialmente en las curas llamadas de abstinencia. Teóricamente parece ser una hipótesis muy plausible aquella que explica la aparición de los síntomas de abstinencia suponiendo que se va agotando de un modo gradual la aptitud que tiene el organismo de formar cadenas laterales y arrojarlas hacia el líquido sanguíneo, y que semejante aptitud sólo á costa de nueva ingestión del veneno es como puede volverse á poner de manifiesto.

Los resultados que se han obtenido en algunos casos de morfinismo crónico relativos á sujetos que padecían de enajenación mental, no sólo nos dan á conocer la absoluta inocuidad del procedimiento, sino que además nos han proporcionado número suficiente de éxitos para que ya podamos aconsejar el empleo ulterior del suero antimórfico en casos adecuados de intoxicación aguda ó crónica con la morfina, y lo mismo decimos en lo que se refiere á las curas de abstinencia.

(*Deutsch Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

COMITÉ INTERNACIONAL PARA LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Conferencia de otoño celebrada en Berlín del 18 *al* 26 *de Octubre de* 1902.

(Conclusión)

Sanatorios marítimos para la cura de los niños débiles, raquíticos, linfáticos, escrofulosos, candidatos á la tuberculosis.—El Dr. Armaingaud: 1.° En Francia: Para la cura ó profilaxis de la tuberculosis de los niños existen dos clases de establecimientos para el tratamiento: 1.° Los establecimientos para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar (Villepinte, Ormesson, Villiers). 2.° Los sanatorios marítimos. Los primeros, organizados, sobre todo, para la admirable obra de niños tuberculosos, serán objeto de un estudio especial en esta Conferencia internacional. Los segundos, son el objeto de esta nota.

2.° La lucha contra la tuberculosis ha empezado en Francia por el movimiento en favor de la multiplicación de sanatorios marítimos, que han constituído la primera etapa. La lucha se ha entablado verdaderamente, sa-

liendo del círculo puramente médico ó administrativo y del restringido cuadro de los esfuerzos locales é individuales, al ser emprendida una propaganda pública suficientemente generalizada para interesar en la cura de toda clase de miserias fisiológicas de la infancia que la preparaban y entregaban, por decirlo así, á la tuberculosis, á bastante número de personas de todas las clases de la sociedad y de todos los diversos puntos del país.

3.° Enterando á la población de los estragos de la tuberculosis y de la posibilidad de preservar de ellos á gran parte de los niños afectados por las diversas enfermedades que son los principales manantiales de ellas por medio del tratamiento marítimo; esta propaganda ha provocado verdaderamente en la población cierto entusiasmo que ha contribuído á fundar varios sanatorios marítimos, y además ha creado un principio de preocupación sobre el peligro tuberculoso.

Estos sanatorios son, hoy día, en número de catorce.

4.° Se pueden distinguir en los resultados del tratamiento marítimo dos diferentes clases de efectos:

1.° Cura casi siempre á los débiles, linfáticos, raquíticos, ganglionares, etcétera.

2.° Cura en la mayor parte de los casos, y cuando se empieza pronto y se prolonga bastante, las lesiones óseas y articulares, llamadas antes escrofulosas y reconocidas hoy como tuberculosas.

5.° En unos y otros, el tratamiento marítimo, al reconstituirse la nutrición, contribuye á reparar y vencer la receptividad tuberculosa, restituye al organismo su resistencia á los ataques siempre inminentes del bacilo tuberculoso y transforma un terreno de cultivo en terreno refractario.

6.° La cura marítima de las clases obreras y pobres constituye, pues, bajo todos los aspectos, una de las armas más poderosas de la guerra á la tuberculosis y justifica el dicho del profesor Landouzy: «El lugar de los sanatorios marítimos en el armamento antituberculoso es preponderante».

7.° Acabo de citar hechos que no han sido todavía refutados por nadie. También pediré á la Conferencia internacional, si es que su organización admite que sean hechas declaraciones ó proposiciones, que vote la siguiente declaración:

Vista la importancia capital del tratamiento marítimo de los niños predispuestos á la tuberculosis, los Gobiernos y los poderes públicos provinciales, departamentales y municipales, contribuirán eficazmente á la defensa contra la tuberculosis, favoreciendo el desarrollo de los sanatorios marítimos y haciendo que se aprovechen de ellos el mayor número posible de niños pobres y de la clase obrera.

Lo que valen los dispensarios en la lucha contra la tuberculosis. — El doctor Antonio María de Lancastre (de Lisboa): 1.° Así como el problema de la tuberculosis no representa más que uno de los aspectos de la cuestion social, el dispensario no representa más que uno de los instrumentos de combate en la lucha contra la tuberculosis.

2.° El dispensario tiene ventajas múltiples. En terapéutica, completa al sanatorio; en profilaxis, á los medios empleados por los poderes públicos, y en enseñanza, á la clínica de los hospitales.

3.° A pesar de que todavía la estadística no puede demostrar la impor-

tancia de los dispensarios, como demuestra la de los sanatorios, la marcha de los existentes atestigua que el dispensario cura económicamente muchos tuberculosos, alivia á un gran número y á todos da la protección moral que reconforta á aquellos que la enfermedad va á matar.

4.° El dispensario posee sobre el sanatorio que realmente es el medio ideal de curación para los tuberculosos, la superioridad de ayudar también á aquellos que amenaza la enfermedad (que son muy numerosos) y de ser testigos de vista, de los incurables que no se pueden admitir en los sanatorios y hospitales, dándoles un tratamiento que les alivia é indicándoles las precauciones que deben tomar para no contaminar á los que les rodean.

5.° El dispensario sirve también para la selección de los enfermos que deben ingresar en los sanatorios; es un centro precioso para los socorros domiciliarios y una ayuda indispensable para la mayoría de los enfermos salidos de los sanatorios. Pues si es cierto que un 66 á 86 por 100 de enfermos salen curados económicamente de los sanatorios populares, cierto es también que á los cuatro años de su salida solamente un 25 por 100 puede trabajar y los restantes ya han muerto tuberculosos.

6.° El dispensario viene en ayuda de los centros oficiales, en la eficacia de la declaración obligatoria de la tuberculosis; da datos sobre el número de enfermos tratados, muchos de los cuales no se dirigirían al médico, sino en un período más avanzado de su dolencia, así como sobre el lugar de los focos tuberculosos de la localidad, y el conjunto de observaciones relativas á las condiciones de vida del enfermo (habitación, alimentación, etcétera).

7.° El dispensario colabora activamente en la profilaxis, velando por la desinfección ó desinfectando él mismo las casas de los enfermos; distribuye escupideras y desinfectantes, dando instrucciones para su uso, y facilita además la desinfección de la ropa blanca, etc.

8.° El dispensario es también una escuela práctica de higiene, porque enseña preceptos de profilaxis, á los que el público no da importancia más que cuando se explican individualmente; esta enseñanza es más útil, por la asistencia que puede dar el dispensario, directamente en la habitación del enfermo.

9.° Los dispensarios son también un instrumento de lucha para la propaganda contra el alcoholismo, contra las habitaciones insalubres y los talleres mal aireados. Para cualquier reforma que se trate de hacer, son partidarios adquiridos los interesados que son asistidos en el dispensario.

10. El diagnóstico precoz de la tuberculosis, en lo que toca á auscultación y percusión, es en extremo delicado y son muy pocos los médicos suficientemente ejercitados. Como este diagnóstico es indispensable para la lucha clínica contra la tuberculosis, es urgente que la mayoría de los médicos se instruyan en esta semeiótica especial. Solamente los dispensarios pueden ofrecer el material necesario por ser el centro de la especialidad y porque con diversos procedimientos atraen á los enfermos en los que comienza la infección tuberculosa. De este modo, el dispensario puede cooperar á las enseñanzas de los hospitales, donde es fácil estudiar los resultados de las lesiones avanzadas.

Organización de la liga nacional belga contra la tuberculosis.—El Dr. Dewez (de Mons): Su programa. Los dispensarios instalados.

Resultados: En el Haineux.

Propaganda: Conferencias, publicaciones, dispensarios de Mons, Tournay, Charleroy.

Intervención de las oficinas de Beneficencia;

Intervención de los Ayuntamientos;

Intervención de la Provincia;

Intervención del Gobierno.

1.° La lucha preventiva;

2.° La lucha contra la tuberculosis declarada;

3.° La propaganda general.

Resultados obtenidos:

Marcha de los dispensarios de Mons, Tournay, Charleroy. Su organización.

Dirección médica única.

Servicio de desinfección.

Galería de cura de aire aneja al dispensario.

Su organización.

Las medidas técnicas para recoger los esputos de los tuberculosos y el interés general é individual.—El Dr. Kusy von Dubráv (de Viena): Aunque todo el mundo esté de acuerdo en principio sobre la necesidad de impedir por todos los medios posibles, que se escupa en el suelo en los locales cerrados y en los sitios públicos, y sobre la necesidad de tener medidas encaminadas á tener los recipientes para recoger los esputos, de un modo higiénico y práctico, la elección de estos recipientes, tanto para el uso personal como para el empleo general, se ha abandonado, hasta el presente, á la conveniencia y capricho de cada uno.

A consecuencia de esto, se están usando muchas formas y especies de aparatos para recoger los esputos. Las manipulaciones precisas para el lavado de escupideras de bolsillo y de las escupideras cubetas, etc., que con frecuencia se encargan á personas poco inteligentes, son muy complicadas y difíciles, y no se hacen con limpieza. Este estado de cosas es nocivo, porque dificulta el lavado completo de los aparatos y la vigilancia de este lavado. Lleva consigo consecuencias sanitarias defectuosas, más graves, á veces, que las que provienen de los métodos que se usaban antes para desembarazarse de los esputos.

Al parecer, es absolutamente necesario que las condiciones higiénicas que deben llenar estos utensilios, sean determinadas por las autoridades médicas, á las cuales corresponde el imponer el empleo de escupideras sencillas y fáciles de limpiar, para llegar de una manera práctica á responder á las exigencias sanitarias, aislando los esputos de los tuberculosos y los de cualquier otra naturaleza, en las habitaciones privadas y en la vía pública.

Asilos para tuberculosos inválidos.—El Dr. Gebhard (de Lubel): 1.° El establecimiento de asilos para tuberculosos inválidos, por las instituciones alemanas de seguros de invalidez, merece un agradecimiento de su actividad, lleno de promesas para la lucha que han emprendido contra la tuberculosis.

2.° Para que llenen el fin deseado los asilos para tuberculosos inválidos, deben instalarse y administrarse de modo que el aislamiento de los enfermos que sean admitidos se haga según su estado y la extensión de su enfermedad.

3.° Deben instalarse de modo que su vecindad no constituya un peligro de contagio, y que tampoco lo constituya, en lo posible, para los que frecuenten el asilo ó tengan en él su ocupación.

4.° Es preciso que se alcen en terreno extenso, para que sus habitantes puedan moverse libremente, mientras su estado lo permita, con el fin de excluir el sentimiento de depresión que entraña la reclusión.

5.° Al construir estos asilos, es preciso evitar que se hagan edificios destinados para un número demasiado considerable de enfermos, lo mismo que se debe evitar el instalar en estos edificios dormitorios antes de que se hayan recibido un gran número de enfermos.

6.° Para facilitar la construcción de asilos en número suficiente para que disminuyan considerablemente los estragos de la tuberculosis, es preciso evitar instalaciones lujosas y organizar la administración de manera que responda á las necesidades justificadas y á las exigencias de la economía.

7.° Para los tuberculosos sostenidos por las instituciones de seguro social, el tratamiento debía ir más allá de las previsiones científicas, incumbiendo este deber extraordinario, en estos casos, á los órganos competentes de la administración del Estado.

8.° Los precedentes, dados por las instituciones alemanas de seguros contra la invalidez, demuestran que el problema no se resuelve más que en parte, con construir edificios para aislar á los tuberculosos. Por eso importa no descartar otros factores para el cumplimiento de este deber. Dadas estas circunstancias, son de desear los esfuerzos paralelos de estos factores y de las instituciones de seguros sociales, para la construcción y funcionamiento de los asilos para tuberculosos inválidos.

De la necesidad de instituir la inspección médica obligatoria de los talleres y de las colectividades en general.—El Dr. Camilo Savoire (de París): 1.° Los poderes públicos tienen el deber de instituir la inspección médica obligatoria de los talleres y de las colectividades en general (escuelas, administraciones, sociedades de socorros mútuos, etc.).

2.° Esta obligación está justificada por la necesidad de establecer el diagnóstico precoz de la tuberculosis y por los numerosos casos de contagio demostrados en las oficinas, talleres, etc.

3.° El papel del médico inspector será:

1.° Dar conferencias á los obreros ó miembros de las colectividades, para exponerles la utilidad de las medidas tomadas y enseñarles las reglas de la higiene antituberculosa.

2.° Indicar y velar sobre la ejecución de las medidas higiénicas necesarias para asegurar la salubridad de los locales.

3.° Examinar el expediente sanitario de cada miembro de la colectividad antes de ser admitido, y completarlo con nuevos exámenes.

4.° Después del examen del médico inspector, se procederá á una clasificación de los miembros de la colectividad en individuos sanos, predispuestos y tuberculosos curables é incurables.

5.° Los sospechosos ó predispuestos serán sometidos á frecuentes exámenes, hasta su clasificación definitiva en una ú otra categoría.

Los tuberculosos curables serían enviados á sanatorios, y los incurables serían cuidados en asilos especiales ó conservados en el taller, á condición de que tenían que someterse á las medidas de higiene indicadas, bajo pena de expulsión inmediata. En todos los casos, serían aislados.

6.° Los gastos de esta inspección serían sufragados por las cajas de seguros, donde las hubiera, ó por los industriales ó jefes de colectividad en otros países.

Medidas contra los peligros de la leche. — El Dr. Arloing (de Lyon): Hay lugar para mantener y, en caso necesario, completar las medidas de higiene pública y privada, contra los peligros de la leche, porque la noción de la unidad de la tuberculosis del hombre y la de los animales, se fortifica cada vez más, á pesar de lo sostenido por Robert Koch y Schutz.

Por nuestra parte, estamos en estado de sostener, todavía con más calor, que en diciembre y agosto de 1901 (1), gracias á nuevos experimentos:

1.° Que la tuberculosis del hombre es perfectamente inoculable al buey y á otros grandes herbívoros domésticos y que algunas veces, por cierta vía de inoculación, determina lesiones de iguales caracteres que la perlada (mamitis tuberculosa de la vaca).

2.° Que el bacilo humano no tiene siempre la misma virulencia.

3.° Que la virulencia de un bacilo determinado, no manifiesta su actividad ó grado de acción sobre herbívoros de distintas especies.

4.° Que, en algunos casos, el bacilo de origen humano, sin ningún género de duda, no cede en nada en virulencia (extensión de lesiones y rapidez de la muerte) al bacilo de origen bovino.

5.° Que en otros casos, por el contrario, la virulencia está debilitada de tal manera, que parece enteramente nula al examen macroscópico, sobre todo, si se trata de individuos de la especie bovina.

6.° Que los bacilos de virulencia muy debilitada, producen siempre, después de la inoculación intravenosa, lesiones, por lo menos del pulmón, visibles por el microscopio, que, á veces, evolucionan rápidamente hacia la transformación fibrosa.

7.° Que es imposible decidir si la inoculación ha dado ó no resultados, sin haber hecho el estudio microscópico del pulmón y de las principales vísceras parenquimatosas.

8.° Que es preciso ver en la variabilidad de la virulencia la explicación de los hechos, negativos en apariencia, que han podido llevar á Robert, Koch y Schutz, á la noción de la dualidad.

A propósito de las nociones de unidad y dualidad de la tuberculosis, que se han querido poner en oposición, tenemos que añadir las siguientes consideraciones:

1.° Algunos, que después del Congreso británico de 1901 ya no creen en la unidad, han supuesto que si el bacilo humano puede, en ciertos casos, tuberculizar al buey, se debilita en él y pierde sus propiedades infecciosas.

(1) Véase Revista: *De la Tuberculosis*, agosto, 1901 y *Boletín de la Academia de Medicina*, diciembre, 1901.

A estos, estamos en condiciones de responderles, que esto no es la regla. Hemos visto una tuberculosis humana, ya muy virulenta primero para el buey, guardar sus propiedades tuberculizantes durante cuatro sucesivas transiciones en terneras. Nada demostraba en la cuarta transmisión, que pudieran debilitarse sus propiedades. Por el contrario, parecía que la virulencia se había adaptado mejor á las condiciones de resistencia del organismo de la especie bovina en el sentido de que sus lesiones eran más considerables que las de la tuberculosis del buey.

Ya otras veces hemos sentado hechos análogos en nuestros estudios sobre la virulencia de las tuberculosis quirúrgicas.

2.ª Según Koch y Schutz, cuando una lesión tuberculosa del intestino proviene de la tuberculosis bovina, los bacilos que contenga deben producir en el buey, después de la inoculación subcutánea, la tuberculización generalizada, lo que el bacilo humano no podría conseguir.

Ya hemos combatido este criterio en 1901, pues la tuberculización generalizada del buey, después de una inoculación subcutánea de tuberculosis bovina, es un hecho muy excepcional. Según Chauveau, pues nosotros no lo hemos observado, ni aun después de haber inoculado á una misma ternera, en dos puntos diferentes, dos virus de origen bovino, que habían demostrado gran virulencia, después de inoculaciones intravenosas en otras terneras, se ha encontrado la generalización. — A. Espina.

PERIÓDICOS

Un tratamiento sencillo de las úlceras de las piernas.—El Dr. Dufour emplea desde hace varios años un tratamiento de las úlceras de las piernas que no puede ser más sencillo: es la hoja de col verde. Se lava la hoja de col, se quitan con tijeras los nervios gruesos, se la aplasta con un cuerpo cilíndrico (por ejemplo, una botella) se la deja en maceración durante algunas horas en agua bórica, después se aplica sobre la úlcera limpia y desinfectada y se aplica encima un trozo de gasa, sujetando la cura con una venda de caucho de 7 á 10 metros, que se aplica desde la punta de los dedos. Son necesarias dos curas diarias, limpiando cada vez la úlcera. Las úlceras pequeñas curan con este tratamiento en ocho ó quince dias; las más extensas tardan en curar cuatro ó seis semanas. Para evitar la recidiva es preciso llevar aplicada la venda.—(*Normandie medicale*).—F. Toledo.

Tratamiento de las blefaritis.— El Dr. R. Ferro aconseja, en las blefaritis y eczemas de los párpados, la pomada siguiente:

Ichtiol	aa 50 centígramos.
Sulfato cúprico.....	
Vaselina.....	25 gramos.

El ichtiol obra por sus propiedades sedantes y antiflojísticas y el sulfato cúprico como excitante de las glándulas sebáceas. Esta fórmula puede considerarse casi como específica de las blefaritis. El prurito de los párpados

desaparece con rapidez. Tanto el ichtiol como el sulfato cúprico, carecen de acción nociva sobre la conjuntiva y la córnea.

(*Gazzetta delle ospedali e delle cliniche*).—F. Toledo.

Azul de metileno y trayectos fistulosos prerectales.—Los trayectos fistulosos consecutivos á los abscesos pre ó isquiorectales son muy sinuosos y es difícil seguirlos al operar. El Dr. Davis aconseja un medio bastante ingenioso para evitar estos inconvenientes. Durante quince días hace lavatorios con agua oxigenada y con alcohol á 50° para desinfectar dichos trayectos y tonificar los tejidos. En las veinticuatro horas que preceden á la operación, inyecta tres veces una disolución de 1 gramo 80 centígramos de azul de metileno en 30 gramos de alcohol á 50°. Los trayectos fistulosos se tiñen de un color azul intenso y el cirujano puede seguirlos sin inconveniente.

(*Journal of the Amer. medical Association*).—F. Toledo.

Suero de Meuzer en los reumatismos agudos y crónicos.—Este suero ha sido ensayado con grandes resultados en las clínicas de los profesores Senator y von Leyden. Se extrae de caballos inoculados directamente con los microbios tomados de las amígdalas inflamadas de los reumáticos. Este suero es eficaz no sólo en el reumatismo agudo sino en el crónico. El tratamiento exige cinco ó seis inyecciones de 10 cents. cúbs. cada una. Las inyecciones, que son siempre indoloras, producen al principio una gran reacción térmica y aumento de los dolores articulares. A los pocos días la fiebre y los dolores desaparecen y puede contarse con la curación definitiva en dos ó tres semanas.—(*Journal des praticiens*).—F. Toledo.

Medio sencillo de tomar el aceite de ricino.—El Dr. Siegfred Rosenberg recomienda el medio siguiente, fundándose en este hecho: cuando se come un pedazo de chocolate de vainilla, se notan tres cosas: primero, el sabor del azúcar, después los aromas del cacao y de la vainilla. Si se tapa herméticamente la nariz, no se nota aroma alguno y sí solo el sabor del azúcar. Este procedimiento puede aplicarse al aceite de ricino: se tapa el enfermo perfectamente la nariz al tomarlo, después se enjuaga la boca con un poco de limonada, y sólo entonces se destapa la nariz. De este modo no se nota el mal sabor del medicamento.—(*Les Nouxeaux Remédes*).—F. Toledo.

Tratamiento de la úlcera por decúbito. — En la úlcera por decúbito recomienda el Dr. H. Grorichard el tratamiento siguiente, con el que ha obtenido resultados satisfactorios:

Después de dejar aséptica la región de la úlcera con agua hervida, jabón y alcohol de 90°, se limpia la parte ulcerada con tapones mojados en agua oxigenada; después, con una cuchara, se espolvorea toda la úlcera con salol finamente pulverizado, rellenando, por último, con agua esterilizada. La cura se sostiene con un vendaje de cuerpo. A las dos ó tres curas, la supuración principia á disminuir, el fondo de la úlcera se llena de granulaciones y la curación se obtiene en quince ó veinte días.

(*Journal de Med. et de Chir. pratiques*).—F. Toledo.

ÍNDICE DEL TOMO LVII

Aboferina..... 19
Aceite de oliva contra la hiperclorhídria y la úlcera redonda del estómago. 200
— de ricino (Medio sencillo de tomar el)..... 479
Acido carbónico sobre la digestión estomacal (Acción del). 158
— — y la tisis pulmonar (Antagonismo entre la)... 85
— silícico (Significación del)..... 112
— sulfúrico (Lesiones cutáneas producidas por el) 357
Acción midriática de ciertas soluciones de pilocarpina... 331
Acné (Tratamiento del).. ... 159
Adrenalina..... 14
— en oftalmología. 180
— en otorinolaringología.. 98
Agua oxigenada como antiséptico (Empleo del) . 265
— — como depilatorio... 186
Aire en los locales operatorios (Importancia de la purificación del)..... ... 239
Albúmina en la orina (Medio sencillo de descubrir la)..... 79
Alcachofas (Enfermedad profesional en los que manejan las)..... 410
Alcoholismo crónico (Tratamiento del) 159
Alimentos (Las exosas y biexosas como). 95
Alumbramiento (Hemorragias del)..... 209
Amaurosis consecutiva á una operación ginecológica..... 330
— total en el envenenamiento por los hongos. 333
Ambliopías de origen hepático. 334
Amenorrea esencial (Hipodermoclisis férrica en el tratamiento de la)..... 316
Amoy..... .. 410
Anemia en los mineros de Linares 255
— perniciosa.. 276
— (Tratamiento de la).... 20
Anestesia clorofórmica, según el método del Dr. Roth-Drager 401
— con el éter..... ... 392
Aneurisma arteriovenoso de origen traumático (Tratamiento del)..... 470
Anhídrido sulfuroso (Desinfección con el)... 252
Ano artificial en la oclusión intestinal 468
— contranatural consecutivo á una hernia umbilical estrangulada ... 241
Anquilostomosis (Síntomas de la).. 320
Apendicitis (Diagnóstico de la) 140
— (Diagnóstico y tratamiento de la).... ... 394
— (Perforación del)..... 185
— (Tratamiento quirúrgico de la). 260, 304, 387, 424, 460
Apófisis mastoidea (Trepanación de la)..... 393
Armas de fuego (Heridas por). 5
Arterioesclerosis é hipertrofia prostática 183
— (Tratamiento de la).... 79
Asilos para tuberculosos inválidos..... 475
Asistolia (Inyección de cafeína como auxiliar de la sangría en la)..... 187
Asociaciones clínicas del primer ruido duplicado..... . 344
Atrepsia adquirida del conduc-

to auditivo externo (Tratamiento de la)..... 169
Atropina sobre el intestino (Acción de la) 438
Autointoxicaciones en las esclerosis cerebrales de los niños (Frecuencia de las)..... 61
Azúcares en la economía del cuerpo sano y enfermo (Significación de los distintos).. 114
Azul de metileno químicamente puro en el tratamiento de las metritis. 311
— — y trayectos fistulosos prerectales... 479
Bacilo tífico en las excreciones pulmonares 410
Bazo (Torsión del).... 435
Blefaritis (tratamiento de la).. 478
Boca (Tratamiento de los cánceres de la cámara posterior de la) 393
Bocio exoftálmico... 231
Broncopulmonares (La creosota en las afecciones)..... 445
Cabeza (Inyecciones subaracnoideas de cocaína en las operaciones de la).... 177
Cafeína como auxiliar de la sangre en la asistolia (Inyección de) 187
Cálculos del riñón.. 262
— vesicales en los niños malgachos 101
Calomelanos (Intoxicación por los)..... 279
Cáncer del cuerpo hioides ... 437
— del estómago y protozoarios 411
— del útero (Tratamiento operatorio del).. 222, 266, 308
— lingual (Operación de). 36
— por la fototerapia (Tratamiento del)..... 400
— ulcerado en el estómago. 136
— visceral (Valor diagnóstico de los infartos inguinales en el)..... 80
Cánceres de la cámara posterior de la boca (Tratamiento de los)..... 393
Cancroide y formol.. 39
Cantárida (La cura de la) 258
Carbunclo por la seroterapia (Curación del). 286
Carcinomas inoperables (Tratamiento de los). 22
Caries de los huesos (Tratamiento de la) 21
Carne y sus preparados (Conservación de la) 278
Catgut (Preparación del). . . 392
Cefalalgia sifilítica (el yoduro potásico en la).. 441
Ceguera psíquica..... 236
Celulitis gomosa pelviana . 221
Cerebral de origen ótico (Absceso)..... 392
Cerumen (Un caso de sordomudez debida al)..... 160
Chancro venéreo (Diagnóstico del).. 58
Choque eléctrico (Acción del). 409
Ciego (tres casos de extirpación del).... 468
Ciegos (La escritura de los).. 260
Circulación menor (Acción de algunos medicamentos en la) 31
Cirugía conservadora del ovario. 315
Cistitis tuberculosa (Tratamiento de la).. 319
Cistotomía suprapubiana en los tumores de la vejiga 343
Clínica propedéutica (Prontuario de)..... 415
Cloroformización en las operaciones laríngeas (Nueva técnica de la)..... 174
Cloruro de etilo (Anestesia por el) 102
Cocaína en las operaciones de la cabeza (Inyecciones subaracnoides de)..... 177
Colelitiasis (Tratamiento de la) 40
Cólera en Egipto (El) 302
— en la Meca..... 259
Colesteatomas (Mecanismo del crecimiento de los) 172
Colon pelviano (relación de algunos tumores con el)... 468
Color en la piel y en el pelo (Cambios de)... 38
Comité internacional para la lucha contra la tuberculosis, 348, 430, 472
Congreso alemán de medicina interna 31 108
— francés de Cirugía. 390, 466
— — de Medicina.... 71
— internacional de Obstetricia y Ginecología de Roma. 103, 149, 188, 222, 266, 308
Conducto auditivo externo (Tratamiento de la atrepsia adquirida del)... 169

Confesiones de un médico.... 216
Congestiones pleuropulmonares de origen ovárico..... 316
Conjuntivitis diftérica, curada por el suero..... 334
Corazón (Cirugía del)..... 390
— (Herida doble del)..... 63
— (Ortodiografía y método de fricciones para determinar los límites del)..... 111
Córcega (Saneamiento de).... 139
Corsé (Estudios sobre el)... 406
Cráneo (Hundimiento del).... 102
Cremación en 1901 (Los progresos de la)..... 96
Creosota en las afecciones broncopulmonares..... 445
Cretinismo..... 112
Cricoaritenoideos posteriores (Parálisis de los dos)..... 276
Cuello (Histerectomía subtotal por sección primera del)... 314
Cuerpo tiroides (Cáncer del).. 437
— extraño en la laringe... 398
Curas de aire de la Cruz Roja. 352
Depilación ciliar por la electrolisis (resultados de la)..... 447
Dermatosis á las dispepsias (Subordinación patógena de las)..... 45, 82
Derrames quiliformes..... 76
Desinfección con el anhídrido sulfuroso..... 252
Diabetes floridzínica y glicosuria alimenticia..... 115
— suprarenal..... 114
Diarrea de Cochinchina..... 251
Difteria en el Hospital Bretonneau (Estadística de la).... 138
Digestión estomacal (Acción del ácido carbónico sobre la). 158
Digital (Acción acumulativa de los principios de la)..... 110
Dionina en oftalmología..... 180
Dirección más útil que pueden tomar los debates en la Conferencia..... 433
Disnea (Tratamiento de la). 21, 82
Dispensario Emilio Roux, de Lila..... 431
Dispepsia de origen apendicular..... 400
Dispepsias (Subordinación patogénica de las dermatosis á las)..... 41, 82
Distocia por quiste hidatídico. 57
Distopia renal (Significación diagnóstica y clínica de la).. 318
Egipto (El cólera en)..... 302
Electrolisis (resultados de la depilación pilar por la).... 447
Embarazo en un cuerno uterino rudimentario..... 237
— y hemoptisis..... 442
— (Indicaciones médicas para la interrupción del)..... 103, 141
— extrauterino..... 101
— — (Diagnóstico del).. 140
Enanismo (Un caso de)..... 438
Energía cerebral creadora y condiciones de su desarrollo. 372
Enfermedad de Barlow..... 428
— — (Cinco observaciones de)..... 264
— — (Un caso de)..... 264
— de Basedow (Tratamiento de la)..... 22
Epiglotis y partes adyacentes (Extirpación de la)..... 77
Erisipela (Un remedio raro de la)..... 20
Escarlatina (Tratamiento de la) 21
Esclerosis cerebrales de los niños (Frecuencia de las autointoxicaciones en las)..... 61
Esputos de los tuberculosos (Medidas técnicas para recoger los)..... 475
— en la tuberculosis pulmonar (Valor, diagnóstico y pronóstico del resultado de los análisis de los)..... 379
Estómago (Aceite de oliva contra la úlcera redonda del)..... 200
— (Cáncer ulcerado en el). 136
— (Indicaciones de la intervención quirúrgica en las afecciones del).. 449
— (Intervención quirúrgica en las heridas del). 396
— y protozoarios (Cáncer del)..... 411
Estrechez congénita del intestino grueso..... 428
Estupor lipemaníaco..... 139
Eter (Anestesia con el)..... 392
Euspongious gigas (Un caso de afección producida por el)..... 276
Exosas y biexosas como alimentos..... 95
Exploración quirúrgica (Cuadros sipnóticos de)..... 215
Farmacografía moderna (Prontuario sipnótico de)..... 412
Farmacología (Revista de).... 14

Fermento oxidante de la leche. 249
Fibroma uterino (Operación cesárea por) 427
Fibromiomas del útero (Datos para la cirugía de los) 316
Fiebre hemoglobinúrica (Datos referentes á la etiología de la)..... 385
— tifoidea (Gelodiagnóstico de las deposiciones en la).. . 459
— — (Tratamiento de la). 80
— — (Tratamiento abortivo de la)..... 19
Fiebres eruptivas (La hidroterapia en las)..... 121
Fístulas rectovaginales (Tratamiento de las)..... 315
Flebitis neumónica..... 321
Flores de azufre (Tratamiento de la fiebre tifoidea por las). 80
Formol en el cancroide..... 39
Forúnculos (Tratamiento de los)..... 159
Fosas nasales (Medicación gráfica de la permeabilidad de las)..... ..... 17a
Fototerapia..... 31
— (Tratamiento del cáncer por la) 400
Fractura completa de la tibia y peroné..... 219
Gangrena múltiple de la piel de origen trofoneurósico . . 109
Gastroenterostomía (Resultados de la)..... 393
Gato (Sarna del)... 251
Gelodiagnóstico de las deposiciones en la fiebre tifoidea.. 459
Ginecología operatoria (Lecciones de) 418
Glicogenol (Acción antitóxica y antimicróbica del)..... 21
Glicosal 199
Glicosuria alimenticia (Algunas condiciones etiológicas de la)..... 116
— transitoria (Patología de la) 108
Glosopeda transmitida á la especie humana (Un caso de). 201
Gripe (Tratamiento de la).... 18
Guayacol en terapéutica (El carbonato de) 422
Hematocele paratubario..... 345
Hematozoarios del paludismo 216
Hematuria traumática..... 134
Hemiplegia (Tratamiento allanador de la) 33
Hemoptisis en el embarazo... 442
Hemorragias post partum (Tratamiento de las)..... 39
Hemorroides (Tratamiento de las)..... 280
— externas (Medio sencillo de curar las).. 160
Hermofenilo en el tratamiento de la sífilis.. 68
Heridas por armas de fuego... 5
Hernia inguinal de la vejiga . 469
— octuratriz intestinal estrangulada..... 140
— umbilical en un niño recién nacido..... 428
— umbilical estrangulada (Ano contra natural consecutivo á una)... 241
Hernias inguinales (cura radical de las) 469
Hidrocele (Nuevo tratamiento radical del)..... 360
Hidroterapia en las fiebres eruptivas..... 121
Hígado (Cirugía del)..... .. 395
— (Diagnóstico de los estados patológicos caracterizados por aumento de volumen del). 373
Higiene privada y pública.... 290
— (Revista de) .. 93, 248, 406
Hiperclorhidria (Aceite de oliva contra la).. 200
Hipertrofia facial tratada con inyecciones subcutáneas de parafina..... 435
— prostática y arterioesclerosa..... 183
Hipnopirina..... 18
Hipnóticos 35
Hipodermoclisis férrica en el tratamiento de la amenorrea esencial..... . . 316
Histerectomía en el tratamiento de la infección puerperal 149
— subtotal por sección primera del cuello. 314
Hombro izquierdo (Presentación de)... 23
Hongos (Amaurosis total en el envenenamiento por los).... 333
Infartos inguinales en el cáncer visceral (Valor diagnóstico de los) 30
Infección puerperal (La histerectomía en el tratamiento de la) 149
— subaracnoideas de cocaína en las operaciones de la cabeza... 177

Inomioma intersticial..... 238
Insuficiencia hepática y enfermedades de la nutrición. . 71
Interrupción del embarazo (Medicaciones médicas para la) 103
Intestino (Acción de la atropina sobre el)..... 438
— delgado (compatibilidad de la vida con resecciones extensas del).. 469
— grueso (Estrechez congénita del) 428
Inyecciones mercuriales en el tratamiento de la sífilis. 187, 265
Jaqueca (Tratamiento de la). 18, 22
Laca (Enfermedad profesional en los que extraen la)..... 409
La leche y las enfermedades... 92
La lucha contra la tuberculosis no debe degenerar en lucha contra el tuberculoso... .. 353
Laparotomías instructivas.... 299
Laringe (Cuerpo extraño en la). 398
— (Extirpación de la)... . 59
Laringeas (Nueva técnica de la cloroformización en las reparaciones) 174
Laringología (Corrientes de alta frecuencia en) .. 175
— (Revista de). 168
Leche (Fermento oxidante de la).. 249
— (Medidas contra los peligros de la).. 477
Lengua (Tracciones rítmicas de la).... 183
Leucemia linfática aguda..... 396
Leucorrea (Tratamiento de la). 198
Levadura en otología (La) ... 256
Liquen piloso (Tratamiento del)..... 120
Líquido ascítico (Empleo terapéutico del) 359
Locales operatorios (Importancia de la purificación del aire en los)..... 239
Londres (La virulencia de)... 94
Longevidad y vida media... . 250
Lucha tuberculosa en Noruega (Estado de la) 351
Lupus eritematoso (Curación del)..... 34
— tratado con la resorcina. 37
— vulgaris (Tratamiento del) 21
Mal de Basedow (Sueroterapia del). 113
Martinica (La erupción de la) 65
— (Observaciones sobre la segunda erupción de la)..... 221
Médula ósea en el psoriasis (Empleo de la) 320
Meningitis cerebroespinal.... 217
— tuberculosa (Tratamiento de la).. 17
Menstruación de las nodrizas (Influencia de la).... 97
— (Para regular la)..... 118
Metritis (Azul químicamente puro en el tratamiento de las)..... 314
Metrorragias del alumbramiento. 209
Micosis bucofaríngea aguda... 456
— fungoide..... 79
Modo de conducirse las tres mannosas estereoisoméricas en el organismo animal..... 113
Morfina (Suero curativo contra la intoxicación con la)..... 471
Muermo en el hombre y los animales..... 373
Necesidad de crear establecimientos de observación intermedia entre el dispensario y el sanatorio. 353
— de la inspección médica en los talleres y colectividades en general.. 476
— de una insignia internacional..... 349
Nervio facial en el acto de escuchar (Participación del).. 168
Neumonía (Tratamiento de la). 440
Neuralgias (Tratamiento de las)..... 18
Nihilismo terapéutico..... 281
Niños de las fámilias artríticas (Peligros de la superalimentación cárnea en los)..... 249
— (Frecuencia de las intoxicaciones en las esclerosis cerebrales de los).. 61
— (Tratado teoricopráctico en las enfermedades de los)..... 178
Nodrizas (Influencia de la menstruación de las).. .. . 97
Noruega (Estado de la lucha tuberculosa en)..... ... 351
Notas clínicas.. 441
Oclusión artificial (ano artificial en el tratamiento de la). 468

Oftalmía purulenta de los recién nacidos (Tratamiento de la) .. 329
Oftalmología (Adrenalina y dionina en la) 180
— (Revista de) 325
Operación cesárea (Modificación de la) 319
— — por fibroma uterino. 427
— de Delorme (Indicaciones y contraindicaciones de la) 469
Opoterapia ovárica 76
Organoterapia 133
Orina (Medio sencillo de descubrir la albúmina en la) .. 79
Orquitis por esfuerzo. 462
Osteogenesis imperfecta 277
Otología (Corrientes de alta frecuencia en) 175
— (La levadura de cerveza en) 256
— (Revista de) 168
Ovario (Cirugía conservadora del) 315
Oxialcanfor 20
Ozena infantil (Tratamiento del) 341
Paludismo (Hematozoarios del) 216
Parafina (Hipertrofia facial tratada con inyecciones subcutáneas de) 437
Parálisis del simpático derecho y de los dos cricoaritenoides posteriores 276
Patogenia y tratamiento de la pulmonía 57
Pénfigo del recién nacido 356
— (Lesiones de la médula espinal en el) 35
Pericardio (Cirugía del) 390
Peroné (Fractura completa del) 219
Piel (Tumores leucémicos de la) 78
Pilocarpina (Acción midriática de ciertas soluciones de). 331
Policía sanitaria de los animales domésticos (proyecto de ley de) 450
Presión sanguínea (Influencia de los baños y de duchas sobre la) .. 110
— — en los casos de esfuerzo agudo del corazón 111
Primera costilla (Función de la) 111
Procesos puerperales sépticos. 238
Prostatectomía (Un caso de) 140, 184
Protozoarios y cáncer del estómago 411
Psoriasis (Empleo de la médula ósea en el) 320
— (Tratamiento del) 439
Pulmonía (Patogenia y tratamiento de la) 53
Pulso venoso 109
Purgantes (Dosis de los) 360
Pústulas de la viruela (Medio de evitar el desarrollo de las) 240
Quiste dermoideo del testículo 263
— hidatídico (Distocia por) 57
Quistes hidatídicos 53
Radioterapia (Procedimiento sencillo para dosificar la) .. 358
Recién nacido (Pénfigo del) 356
Recién nacidos (Tratamiento de la oftalmía purulenta de los) 329
Régimen alimenticio (cantidad en el) 463
— cárneo exclusivo (acción del) 249
Raquitismo y leche esterilizada 253
Resección del trigémino (Nuevo procedimiento de) 158
Resorcina (Lupus tratado con la) 37
Respiración abdominal y torácica (Relaciones entre la) 53
— nasal (Falta de la) 198
Retención placentaria (Un caso extraordinario de) 369
Retina (Nuevo procedimiento operatorio en el desprendimiento de la) 393
Reumatismo articular agudo (Tratamiento del) 18
Reumatismos agudos y crónicos (suero de Meuzer en los). 479
Revista de Farmacología 14
— de Higiene 93, 248, 406
— de Laringología 168
— de Oftalmología 329
— de Otología 168
— de Rinología 168
— de Terapéutica 14
Rinitis atrófica infantil (Tratamiento de la) 341
Riñón (Cálculos del) 262
— (Descenso traumático del) 115
Sanatorios para tuberculosos pobres (Revisión del problema de) 361
— antituberculosos (Situación de los) 251

Sanatorios (Importancia de los)..... 254
— marítimos..... 472
Sangre (Investigaciones experimentales sobre la influencia de los cuerpos albuminoideos en la coagulación de la).... 36
— (Investigaciones experimentales sobre la influencia de la exclusión del riñón en la conductibilidad eléctrica de la).. 112
Sarcoma del asa ileocecal. .. 263
Scolex hidáticos (ingerto de).. 101
Secreción láctea..... 248
— salival (Centro de la).. 34
Seguro obligatorio en la lucha contra la tuberculosis, y del seguro mutuo voluntario... 350
Sensaciones visuales subjetivas (Influencias experimentales en las)..... 399
Seroterapia (La curación del carbunclo por la)... 286
Sífilis (Empleo del hermofenilo en el tratamiento de la) 69
— (Inyecciones mercuriales en el tratamiento de la) 187
— (Un caso raro de)..... 357
Simpático derecho (Parálisis del)..... 276
Sordomudez debida al cerumen (Un caso de)..... 160
Suero antiestreptocócico en la escarlatina..... 317
— (Conjuntivitis diftérica curada por el)..... 334
— curativo contra la intoxicación con la morfina..... 471
— de Marmorek 27
— de Meuzer en los reumatismos agudos y crónicos..... 479
— de Trunecek (Tratamiento de la arterioesclerosis por el)..... 79
Sueros estreptocócicos y antiestreptocócicos (Investigaciones sobre los)..... 277
Sueroterapia en el mal de Basedow 113
Sulfato de estricnina (Investigaciones experimentales sobre el) 75
Sulfito sódico (Acción del) . 236
Superalimentación cárnea en los niños de las familias artríticas (Peligros de la) ... 249
Supuraciones crónicas (Tratamiento de las) 22
Tabaco en algunas naciones (Consumo de).. 250
Terapéutica endovenosa..... 275
— física (La dosificación en la)..... 34
— (Revista de)..... 14
Termocauterio (Trepanación de la apófisis mastoidea con el). 393
Testículo (Quiste dermoideo del)..... 263
Tétanos (Tratamiento del).... 466
— y vacuna..... . 253
Tibia (Fractura completa de la)..... 219
Tisis (Medidas que deben adoptarse contra la propagación de la tisis de los talleres, etc..... 548
Trasplantación renal.. 115
Trayectos fistulosos prerectales y azul de metileno..... 479
Trepanación de la apófisis mastoidea con el termocauterio. 393
Trigémino (Nuevo procedimiento de resección del).... 158
Trigonocefalia.. 235
Trombosis tifoidea (Causas y tratamiento de la)..... 429
Tuberculosis (Declaración de la).. 434
— é higiene en las escuelas (Lucha contra la). 430
— genital. 188
— laríngea y pulmonar (Tratamiento de la). 21
— (Lucha contra la). ... 214
— (Declaración obligatoria de la)..... . 350
— (Del pronóstico de la).. 352
— (Importancia de la profilaxis en la convalecencia)..... 352
— (Importancia de la refractariedad orgánica contra la)..... . . 351
— (Sección de la liga nacional contra la)..... 355
— (Valor de las curas de acné de la Cruz Roja contra la)... 352
— (Lo que valen los dispensarios en la lucha contra la)... 473
— (Organización de la liga nacional belga contra la)..... 475

Tuberculosis pulmonar (Valor diagnóstico y pronóstico del resultado de los análisis de los esputos en la)..... 379
— — (El pronóstico en la). 293, 333, 374, 416, 451
— infantil (Elementos para una discusión acerca de la). 349
— — (Medidas tomadas en Basilea para combatir la).. .. 355
Tuberbulosos? (¿Deben funcionar todo el año los sanatorios para) 254
— (Medidas profilácticas para los obreros).... 353
— (Hospitales y estancias para) 254
— pobres (Revisión del problema de sanatorios para)..... 361
Tumor encefálico (Localización rara de un).. 356
— renal congénito..... 235
Tumores de la vejiga (Cistotomía suprapubiana en los)... 343
— laringotraqueales (Accidentes quirúrgicos determinados por la inseguridad en el diagnóstico de los)..... 161
— leucémicos de la piel... 78
Ulcera gástrica (Tratamiento por el xeroformo de la)..... ... 240
— redonda del estómago (Aceite de oliva contra la) 200
Ulcera por decúbito (Tratamiento de la)..... 479
Ulceras de las piernas (Tratamiento sencillo de las)... . 478
Uretra (Rotura traumática de la) 24
Utero (Datos para la cirugía de los fibromiomas del).. 316
— (Extirpación del).. ... 235
— (Inversión del)..... 234
— (Rotura espontánea del) 138
— (Tratamiento operatorio del cáncer del).. 222, 266, 308
Vacuna en la Isla de Cuba (Centro general de).. 215
— y tétanos..... 253
Vejiga (hernia inguinal de la). 469
Vicios congénitos (Combinación de varios)..... 356
Vida media y longevidad..... 250
Viruela (Medio de evitar el desarrollo de las pústulas de).. 240
Vómitos incoercibles del embarazo (Tratamiento de los). 19
Vasomotores de los vasos pulmonares 109
Vasos pulmonares (Vasomotores de los)..... 109
Xeroformo (Tratamiento de la úlcera gástrica por el) 240
Yodo (Aplicaciones terapéuticas del)..... 30
— y mercurio (Estudios experimentales sobre el uso simultáneo de los preparados de).. ... 119
Yoduro potásico en la cefalalgia sifilítica..... 441
— — (Tiroiditis consecutiva al uso del).. 160

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Alvarado (D. Pablo), Doctor en Medicina y Cirugía (Coruña).
Barajas (D. Luciano), Oto rino-laringólogo de la Beneficencia municipal de Madrid.
Barragán (D. Manuel), Médico del Hospital de la Princesa. Madrid.
Bonafonte (D. Mateo), Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Cobián y Cañedo (D. Manuel), Médico en la villa de Colunga (Asturias).
Codina Castellví (D. José), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Diaz Varona (D. Santiago), Médico en Fresno de Río Tirón (Burgos).
Espina y Capo (D. Antonio), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Esquerdo (D. Alfonso), Médico en la República Argentina (General Paz).
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital Provincial de Madrid.
Hontañón (D. Adolfo), Médico en Bareyo (Santander).
Mariani (D. Juan Manuel), Médico de número, por oposición, del Hospital de la Princesa. Madrid.
Monmeneu (D. José), De las Sociedades española y francesa de higiene. Madrid.
Morales Pérez (D. Antonio), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Pérez Ortiz (D. Jerónimo), Médico mayor; Profesor de la Escuela de Medicina militar. Madrid.
Rodríguez Abaytúa (D. Nicolás), De la Academia de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Oto-rinolaringólogo. Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria. Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía. Barcelona.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina. Madrid.
Valle (D. Rafael), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Ano contranatural (detalles del procedimiento operatorio).. ... 244, 245
Aparato de Roth-Drager para la anestesia clorofórmica..... 402

v.56-57 Revista de medicina y
1902 cirugia praticas. 33809

~~530711~~ R71
R4
v.56-57

33809

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY